Yıl:19 Sayı: 55 Şubat 2011 3 Aylık Ekonomi ve Düşünce Dergisi www.e-musiad.com ISSN-1303-7501



ÇERÇEVE

MÜSTAKİL SANAYİCİ ve İŞADAMLARI DERNEĞİ





Sağlık Ekonomisi ve Turizmi







SÖYLEŞİ: Hakan Şükür, Vedat Başaran, Masamitsu Ishihara, Ahmet Ağırman

MAKALE: Prof. Dr. Haydar Sur, Uzm. Dr. Sinan İbiş, Prof. Dr. Mehtap Tatar, Prof. Dr. Seval Akgün, Mustafa Öztürk, Eyüp Vural Aydın, Uzm. Dr. Hasan Çağıl, Yard. Doç. Dr. S. Haluk Özsarı, Uzm. Dr. Hakan Bahadır, Dr. Dursun Aydın, Ahmet Selvi, Uzm. Dr. Rabia Kahveci, Mehmet Ali Özkan, Ecz. Kemal Uyumaz - Ecz. Salih Beşir, Prof. Dr. H. Kadircan Keskinbora

HABERLER: TÜMATA ve Türk Musikisinin Müzik-Terapi Çalışmaları, Diş Hekimliği Sektörünün Sorunları ve Çözüm Önerileri, Vergi İndirimlerinin Ekonomiye ve Topluma Etkileri



UKRA
city
BEYLİKDÜZÜ
ŞEHRİN YENİ MERKEZİ



EMNİYET MÜD.
BEYLİKDÜZÜ
HARAMİDERE
İSKİ

UKRA İNŞAAT

www.ukrainsaat.com



120 aya varan vadelerle

uygun ödeme koşulları

aralık 2012 teslim

www.ukracity.com

Ukra İnşaat, projede ve satış fiyatlarında değişiklik yapma hakkına sahiptir.

İçindekiler

ISSN-1303-7501

ÇERÇEVE

MÜSİAD — MÜSTAKİL SANAYİCİ ve İŞADAMLARI DERNEĞİ

Yıl: 19 Sayı: 55 Şubat 2011

MÜSİAD Adına Sahibi
Ömer Cihad VARDAN
Araştırmalar ve Yayından Sorumlu Genel Başkan Yardımcısı
Mehmet DEVELİOĞLU
Genel Yayın Yönetmeni
Selahattin ESİM
Sorumlu Yazı İşleri Müdürü
Hüseyin KAHRAMAN
Yayın Kurulu
Mehmet YALÇINTAŞ, Prof. Dr. Haydar SUR
Doç. Dr. Ali Resul USUL,
Doç. Dr. Ahmet Faruk AYSAN,
Yrd. Doç. Dr. Kahraman ARSLAN,
Dr. Nihat ALAYOĞLU,
Dr. Hatice Karahan PİŞKİN,
H. Ozan ÖĞÜT, Adnan ÜÇCAN,
Cihangir İŞBİLİR, Mustafa ÖZTÜRK,
İsmail ŞEN, Abdullah SERENLİ,
Şefik MEMİŞ, Yavuz TÜRK, Faruk YAZAR,
Burcu TANIDIR
Danışma Kurulu
Dr. Melike GÜNYÜZ
İsrafil KURALAY
Melikşah UTKU
Erhan ERKEN
Hayati BAYRAK
Nurullah ÖZTÜRK
Grafik Tasarım
Sarnıç İletişim
Tel: 0212 216 85 15
www.sarnic.com.tr
Baskı
Mavi Ofset Basım Yayın Tic. San. Ltd. Şti.
Organize Sanayi Bölgesi, Eskoop Sanayi Sitesi, C1 Blok No: 25
34670 İkitelli - İstanbul - Tel: +90 (212) 549 25 30 (pbx)
Yayın Türü
3 Aylık, Yerel, Süreli Yayın
Genel Merkez
Sütlüce Mah. İmrahor Cad. No:28 Beyoğlu / İstanbul
Tel: 0212 222 04 06 Faks: 0212 210 50 82

ŞUBELER

ADANA
Tel : 0322 352 95 12
Faks : 0322 352 92 13
AKSARAY
Tel : 0382 212 36 33
Faks : 0382 212 36 55
ANKARA
Tel : 0312 212 22 02
Faks : 0312 215 15 95
ANTALYA
Tel : 0242 321 41 41
Faks : 0242 311 14 15
BANDIRMA
Tel : 0266 714 59 33
Faks : 0266 714 05 96
BATMAN
Tel : 0488 213 50 88
BURSA
Tel : 0224 256 54 43
Faks : 0224 256 54 45
DENİZLİ
Tel : 0258 263 21 21
Faks : 0258 263 50 00
DİYARBAKIR
Tel : 0412 223 91 29
Faks : 0412 224 29 28
DÜZCE
Tel : 0380 523 15 24
Faks : 0380 523 20 94
ELAZIĞ
Tel : 0424 238 81 66
Faks : 0424 238 87 30
ERZURUM
Tel : 0442 213 12 65
Faks : 0442 213 12 66
ESKİŞEHİR
Tel : 0222 220 86 80
Faks : 0222 220 88 80
GAZİANTEP
Tel : 0342 215 07 77
Faks : 0342 215 07 79
GEBZE
Tel : 0262 646 32 72
Faks : 0262 646 32 73
HATAY
Tel : 0326 612 06 86
Faks : 0326 612 06 96
İNEGÖL
Tel : 0224 713 23 80
Faks : 0224 713 76 02

İZMİR
Tel : 0232 489 08 00
Faks : 0232 489 15 36
KAHRAMANMARAŞ
Tel : 0344 224 10 11
Faks : 0344 224 10 11
KAYSERİ
Tel : 0352 320 75 45
Faks : 0352 330 01 61
KDZ. EREĞLİ
Tel : 0372 323 73 73
Faks : 0372 323 98 00
KOCAELİ
Tel : 0262 324 99 02
Faks : 0262 324 99 04
KONYA
Tel : 0332 320 65 00
Faks : 0332 320 87 00
MALATYA
Tel : 0422 324 13 31
Faks : 0422 323 75 91
MARDİN
Tel : 0482 212 67 32
Faks : 0482 212 67 32
MERSİN
Tel : 0324 328 87 22
Faks : 0324 328 70 93
RİZE
Tel : 0464 213 12 80
Faks : 0464 213 15 80
SAKARYA
Tel : 0264 279 85 37
Faks : 0264 273 86 39
SAMSUN
Tel : 0362 233 41 41
Faks : 0362 230 47 18
SİVAS
Tel : 0346 225 57 58
Faks : 0346 225 57 58
ŞANLIURFA
Tel : 0414 313 57 45
Faks : 0414 315 64 49
TRABZON
Tel : 0462 322 16 10
Faks : 0462 322 16 12
VAN
Tel : 0432 216 36 11
Faks : 0432 216 36 13

6 Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Turizmi
Prof. Dr. Haydar Sur
İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

12 Medikal Turizm Dinamikleri
Uzm. Dr. Sinan İbiş
Medikal Turizm Derneği Başkanı

18 Sağlık Hizmeti Uygulamalarının Ekonomik Perspektiften Değerlendirilmesi
Prof. Dr. Mehtap Tatar
Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü

28 "Sevgi ve saygının olduğu her yerde başarı da olur"
Hakan Şükür
Söyleşi: Mustafa Öztürk

36 Türkiye Ulusal Hastalık Yükü Hesaplamaları, Sonuç ve Öneriler
Prof. Dr. Seval Akgün
Halk Sağlığı Profesörü

50 Sağlık Hizmetlerinde Arz Eksikliği: Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezleri
Mustafa Öztürk
Öğretim Görevlisi
(Hasta Çocukların Gelişimi ve Eğitimi)

56 Türkiye'de Kamu-Özel Sektör İşbirliği Yatırımları
Eyüp Vural Aydın
MÜSİAD Genel Sekreteri

62 Genel Sağlık Sigortacılığında Sağlık Harcamaları Yönetimine Yeni Bir Yaklaşım
Uzm. Dr. Hasan Çağıl
Sosyal Güvenlik Kurumu
Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürü

68 Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Harcamaları
Yard. Doç. Dr. S. Haluk Özsarı
İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi

74 Sağlık Turizmine Radyolojik Bakış
Uzm. Dr. Hakan Bahadır
MÜSİAD Sağlık Sektör Kurulu Başkanı

80 Haberler
TÜMATA ve Türk Musikisinin Müzik-Terapi Çalışmaları

86 Türkiye'de Sağlık Turizmi Endüstrisi
Dr. Dursun Aydın
Sağlık Turizmi Derneği Başkanı

90 Dünya'da İlk 5 Ülke İçinde Olduğumuz Sektör: Dental Turizm
Ahmet Selvi
Hospitadent Yönetim Kurulu Başkanı

94 Haberler
Diş Hekimliği Sektörünün Sorunları ve Çözüm Önerileri

100 "Dünyanın önemli kentlerinde restoranlar açmalıyız"
Vedat Başaran
Söyleşi: Yavuz Türk

110 Sağlık Teknolojilerinin Değerlendirilmesi: Dünyada Gelişmeler ve Türkiye'ye Yansımalar
Uzm. Dr. Rabia Kahveci
Kanıta Dayalı Tıp Derneği Yönetim Kurulu Başkanı

120 Türkiye'de Sağlık Teknolojilerinin Kullanımı ve Sağlık Sektörünün Sorunları
Mehmet Ali Özkan
MÜSİAD Sağlık Sektör Kurulu Üyesi

132 Sağlık Ekonomisi ve Farmakoekonomi, Sağlık Hizmetinde İlaç Sunumu
Ecz. Kemal Uyumaz - Ecz. Salih Beşir
MÜSİAD Sağlık Sektör Kurulu

140 Haberler
Vergi İndirimlerinin Ekonomiye ve Topluma Etkileri

144 Mümin bin Mukbil Açıklayamadığı Bilgi ve Gözlemlerini de Paylaştı
Prof. Dr. H. Kadircan Keskinbora
Namık Kemal Üniv. Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi
Göz Hast. Uzm., Deontoloji ve Tıp Tarihi Uzm.

152 Japonya-Türkiye İlişkileri Hakkında
Masamitsu Ishihara
Söyleşi: Selahattin Esim

156 İstanbul'da Planlı ve Sağlıklı Kentleşmenin Adı: Boğaziçi İnşaat Müşavirlik Anonim Şirketi
Ahmet Ağırman
Söyleşi: Serkan Samsa-Abdulla Serenli

162 Başarı Hikâyeleri
Beşler Grup'ta Hedef, Kaliteli Ürünlerle Her Alanda Liderlik

164 Başarı Hikâyeleri
Ülkemizde Isı Teknolojisinin İlklerinden Mimsan'a "Yılın KOBİ'si" Ödülü

Sağlık Ekonomisinin Geleceği



Selahattin Esim
Araştırmalar ve Yayın Komisyonu Başkanı

Özel sektör olarak yapılan birçok atılım ve reformdan öncelikle memnun olduğumuzu belirterek söze girmek istiyorum. *Çerçeve* dergimizin bu sayısında sağlık ekonomisini seçmemizin en büyük sebebi son yıllarda yapılan birçok başarılı reformun bu sektöre gerçekten büyük bir ivme kazandırması olmuştur. Bu gelişmelere rağmen sektörü geliştirip istihdam sağlayacak birçok fırsatın halen tam olarak değerlendirilmediğini de müşahede ediyoruz. Önemli reformlar gerçekleştiren siyasi iktidarın önünde kendi yükselttiği çıtayı aşmak gibi bir sorun var elbette.

Daha 5 yıl önce SSK döneminde, geceleyin battaniyesini kaparak muayene sırasına girmek zorunda kalan vatandaşlar bugün Merkezi Randevu Sistemi ile Türkiye'nin her yerinden randevu alabilecek duruma gelmiştir. Öyle ki, hastalar artık kısa süre beklemelere dahi tahammül edemez duruma geldiklerinden soluğu hemen hasta hakları biriminde alarak şikâyet yoluna başvurmaktadırlar. Toplam Kalite Yönetimi Sistemi'nin devreye alınması tüm hastanelerde hizmetin kalitesinin artmasında önemli rol oynamıştır. Avrupa'da bile bir ameliyat için 6 aydan önce gün alınamazken ülkemizde bu süre inanılmaz bir şekilde kısalmıştır.

Bütün bunlara rağmen Türkiye'de doktor sayısındaki yetersizliğin politika belirleyicileri zor durumda bıraktığını görüyoruz. Yönetmelik, özel hastanelerde branş hekimi olmayan hastanelere hekim kontenjanı vermemekte ve tıbbi cihaz alımına da müsaade etmemektedir. Yeni yönetmelik kapsamında özel hastane açılması zorlaştırılarak, özel sektörün sağlık sistemindeki payı adeta dondurulmuştur. Belki yeni üniversitelerin açılması veya yurtdışından gelip Türkiye'de tıp öğrenimi gören öğrencilere eğitimlerinin hemen ardından ülkemizde çalışma ve oturma izni verilmesi geçici bir çözüm olabilir.

Sağlık ekonomisinin gelişmesindeki en büyük engellerden birisi de devlet alımlarında kullanılan şartnamelerin düzenlenmesindeki sıkıntılar ve Kamu İhale Kurumu'nun işlevidir. Maalesef ihalelere yapılan itirazlar süreçleri uzatmakta ve hizmeti aksatmaktadır. Ekonomik yönden en düşük teklifin ihale kararlarında ve yapılan teftişlerde öncelikli olarak ele alınması, alınan hizmetin veya ürünün her zaman en kaliteli olacağı anlamına gelmemektedir.

Bu aşamadan sonra asıl görev sağlık politikacılarına düşmektedir. *Sağlık politikacısı mutlaka paydaşlarla hareket etmeli, karar sürecine sağlık profesyonelleri, sivil toplum kuruluşları ve hasta temsilcilerini katarak onların sesini duyurmasına imkân tanırken endüstrinin de kaygılarına kulak vermeli, onları da karar sürecine dahil etmelidir.* Bürokratlarımızın istişare yolunu açık tutmaları gerekir. Bu alanda ülkemizin önü ancak bu şekilde açılabilecektir.

Daha önce SSK tarafından altyapısı hazırlanan Medula sisteminde yaşanan sorunların birçoğu aşılmasına rağmen yönetilmesi zor bir sürece girilmiştir. Bu tür büyük bilişim projeleri, dışarıdan hizmet alımı yapılarak özel sektöre yaptırılmalıdır. Bu tür projelerin yönetimi ayrı bir profesyonel yaklaşım ve tecrübe gerektirmektedir.

Bir diğer sorun ise PPP (*public-private partnership*) gibi kamu-özel sektör işbirliği projelerinin yürütülmesine ilişkin mevzuatın düzenlenememesidir. Gerek bu tip büyük projeleri yürütecek birimlerin belirlenmesi, gerekse yerel düzeyde uygulama kapasitesi başarılı bir yatırım için kamu-özel sektör işbirliği şart olarak gözükmektedir. Elbette, proje oluşturulması, yürütülmesi ve ihale süreçlerinin geniş katılımının sağlanarak yapılması da ayrıca önem arz etmektedir. Örneğin sağlık sektöründen söz edecek olursak, kamu-özel sektör işbirliği projesi kapsamında yatırım yapacak girişimcilerin eşit şartlarda rekabet etmesi son derece önemlidir. Bu durumda yatırım kapasitesinin altında kalınması halinde riskin paylaşıldığı bir sistemin de proje sözleşmesi aşamasında göz önünde bulundurulması gerekir. Kamu-özel sektör işbirliği projeleri nihayetinde hizmetin daha kaliteli, daha rasyonel ve devamlı bir şekilde özel sektör eliyle yaptırılması, devlet tarafından sürecin düzenlenmesi ve kontrol edilmesi anlamı taşımaktadır.

Dünyada sağlık turizmi hızla gelişmektedir. Son yıllarda sağlık turizmi cirosu 100 milyar dolar/yıldır, bunun 40 milyar doları sadece tıp turizminden elde edilmektedir.

Ülkemiz coğrafi ve kültürel zenginlikleriyle bir turizm cennetidir. Bu potansiyelimize ve büyük yatırımlarımıza rağmen turizmimiz yıl içerisinde çok kısa zaman aralıklarına ve yalnızca sahillere sıkışmıştır. Sağlık turizmi bize turizm potansiyelinden bütün bir yıl yararlanabilme fırsatı vermesi açısından da çok önemlidir. Yüz binlerce yabancı turist ülkemizin sağlık turizmi potansiyelinden yararlanmak için ülkemizi ziyaret etmektedir. Bu sektörde gerekli vergi indirimleri ve teşvikler sağlanarak sektörün önü açılabilir.

Çerçeve dergimizin bu sayısında sağlık ekonomisi ve turizmi ile ilgili değişik kesimlerden ve sektörlerden temsilcilerin bakış açılarını farklı perspektiflerden sizlerin bilgisine sunmaya çalıştık. Dergimizin hazırlanmasında emeği geçen başta Araştırmalar ve Yayın Komisyonunun kıymetli üyelerine, bu sayının editörlüğünü üstlenen Prof. Dr. Haydar Sur Bey'e ve MÜSİAD Sağlık Sektör Kurulu Başkanı Dr. Hakan Bahadır Bey'e teşekkür eder, bu vesileyle dergimizin siz değerli üyelerimize ulaşmasında katkısı olan herkese en derin saygı ve sevgilerimi sunar, "Sağlık Ekonomisi ve Turizmi" konulu 55. sayımızın ülke ve milletimize fayda getirmesini temenni ederim.



Sağlık Turizminde Türkiye'nin Yeri

Ömer Cihad Vardan

Genel Başkan
MÜSİAD

2011'i yeni karşıladığımız şu günlerde, MÜSİAD olarak, bu yılı en verimli ve en bereketli şekilde değerlendirebilmek için şimdiden hızlı çalışmalara başladık. Nitekim, geleneksel olarak yaptığımız gibi, geçtiğimiz yıl içinde de ülkemizin gelişmesine katkı sağlayacağını düşündüğümüz çeşitli alanlardaki araştırma raporlarını yayımlamayı sürdürmüştük. Ortaya koyduğumuz bu çalışmalardan özellikle ikisine yönelik de çok olumlu tepkiler aldık.

Bunlardan ilki; Türkiye'nin son on yılına ışık tutan *Yükselen Değer Türkiye* adlı raporumuzdu: Bu çalışma, politikacı, bürokrat, akademisyen, sivil toplum kuruluşları temsilcileri ve sanatçılar olmak üzere birçok farklı alan ve disiplinden gelen kişilerin ortaya koydukları Türkiye profillerinin bir derlemesi niteliğindeydi.

İkinci önemli araştırma raporumuz ise, çalışmaları uzun süredir devam eden *Türkiye'nin Tarımsal Gücü ve Geleceği* adlı kitabımızdı. Elazığ'da yapılan bir tanıtım ile geniş bir yankı uyandıran bu yayınımızın, Türkiye'nin tarımdaki potansiyelinin farkına varılmasına büyük katkı sağladığına inanıyoruz.

MÜSİAD olarak, bu tarz kapsamlı yayınları sürdürebilme enerjimiz ve azmimiz, elbette aldığımız güzel övgülerle pekişiyor. Elinizde bulunan *Çerçeve* dergimizin "Sağlık Ekonomisi ve Turizmi" konulu 55. sayısı da, sözünü ettiğimiz çabanın meyvelerinden sadece biri.

Bilindiği gibi, sağlık turizmi, hastaların bir yandan kaliteli ve uygun fiyatlı sağlık hizmetlerini almalarını sağlarken bir yandan da gezip kültürel ziyaretlerde bulunmalarına imkân tanımaktadır. Son dönemde oldukça popüler bir hizmet halini alan uluslararası sağlık turizmi, dünya çapında halihazırda 28 ülkede adeta bir yarış şeklinde uygulanmaktadır. Ülkemiz de, gerek coğrafi yapısı, iklimi, doğal ve tarihi zenginlikleri, gerekse mevcut turizm ve sağlık altyapısı ile medikal turizm için tercih edilen ülkelerin arasında bulunmaktadır.

Bu büyük rekabette Türkiye'nin rakiplerine göre başlıca avantajı, sağladığı sağlık hizmetlerinin hem ucuz hem de ABD ve Avrupa standartlarında olmasıdır. Ayrıca, hastanelerdeki bekleme süresinin diğer medikal turizm hizmeti veren ülkelere göre daha kısa olması, ülkemizin bu alanda tercih edilmesinin bir başka sebebidir. Bunun yanı sıra, yurtdışında eğitim görmüş, sık sık sempozyumlara katılıp bilgilerini güncelleyen ve akıcı yabancı dile sahip Türk doktorların varlığının da, Türkiye'nin sektörde ön plana çıkmasında büyük bir etken olduğu bilinmektedir.

Sağlık turizmi, hastaların bir yandan kaliteli ve uygun fiyatlı sağlık hizmetlerini almalarını sağlarken bir yandan da gezip kültürel ziyaretlerde bulunmalarına imkân tanımaktadır. Son dönemde oldukça popüler bir hizmet halini alan uluslararası sağlık turizmi, dünya çapında halihazırda 28 ülkede adeta bir yarış şeklinde uygulanmaktadır. Ülkemiz de, gerek coğrafi yapısı, iklimi, doğal ve tarihi zenginlikleri, gerekse mevcut turizm ve sağlık altyapısı ile medikal turizm için tercih edilen ülkelerin arasında bulunmaktadır.

Sağlık turizminin Türk ekonomisine olan katkısı da yadsınamaz bir gerçektir. Bunu, rakamlar açıkça ortaya koymaktadır. MÜSİAD Sağlık Sektör Kurulu'nun son yaptığı araştırmalara göre, Türkiye'ye gelen bir hastanın, seyahat ve hastane dışı masrafları hariç, sadece tıbbi müdahale için 3.500 ile 35.000 dolar arasında harcama yaptığı bilinmektedir. Kimi zaman bu rakam çok daha yukarılara çıkabilmektedir. Tedavi dışındaki konaklama, ulaşım, refakatçi gibi diğer masraflar da düşünülürse, ülkemize ciddi rakamlarda turizm girdisi olduğu açıkça görülmektedir. Ayrıca, ödenen dolaylı ve dolaysız vergiler de göz önüne alınınca, sağlık turizminin ekonomik anlamda ne denli önemli olduğu ortaya çıkmaktadır. Hizmete olan talep artışı ve bu bağlamda sektörde yapılan iyileştirme ve geliştirme çalışmaları da, bir yan fayda olarak, Türk halkının daha iyi bir sağlık hizmetine kavuşmasına da vesile olmuştur.

İşte, medikal turizmin bu artan önemi ve de ülkemizin bu sektördeki başarısı ve büyüyen payı nedeniyle, *Çerçeve* dergimizin bu sayısını "Sağlık Ekonomisi ve Turizmi" konusuna ayırdık. Bunu yaparken de, bu hizmetin diğer boyutu olan turizmi de, 'sağlık' temasıyla ilişkilendirerek inceledik. Konuyu detaylı olarak analiz eden bu yayınımıza, gerek yazılarıyla gerekse fikirleriyle katkı sağlayan bütün yazarlarımıza, MÜSİAD Sağlık Sektör Kurulu'na ve değerli Başkanı Dr. Hakan Bahadır'a, ayrıca, bu sayımızın editörlüğünü üstlenen Prof. Dr. Haydar Sur'a ve MÜSİAD Araştırmalar ve Yayın Komisyonu'na teşekkürü bir borç bilirim. Sağlık ekonomisinin ve turizminin önemine dikkat çekmeyi amaçlayan bu sayımızın ülkemiz için faydalı olmasını da can-ı gönülden temenni ederim.

Sağlık turizminin Türk ekonomisine olan katkısı da yadsınamaz bir gerçektir. Bunu, rakamlar açıkça ortaya koymaktadır. MÜSİAD Sağlık Sektör Kurulu'nun son yaptığı araştırmalara göre, Türkiye'ye gelen bir hastanın, seyahat ve hastane dışı masrafları hariç, sadece tıbbi müdahale için 3.500 ile 35.000 dolar arasında harcama yaptığı bilinmektedir.





Sağlık ve Sağlık Ekonomisi

Prof. Dr. Haydar Sur
İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Yirminci yüzyılda sağlık hizmetlerinin gelişiminde 3 ana dönem dikkati çeker: Bunlar klinisyenlerin söz sahibi olduğu 1950'lere kadar olan klinisyen dönemi; halk sağlığı uygulamalarının ve bürokratların öne çıktığı bürokratik 1950–1980 dönemi ve sağlık ekonomisinin gelişip sistemlere ağırlığını koyduğu 1980 sonrası endüstri dönemi olarak bölümlendirilebilir.

Sağlık gibi insanın doğuştan getirdiği bir temel hakkı anlatan ve yeri asla başka bir kaynak ile doldurulamayan bir cevheri; insanın aklına parayı, pazar koşullarını, arzı ve talebi getiren bir başka bilimin adıyla yan yana anmak insana ironik geliyor. Ancak burada verilen iktisadi mücadelenin hastalıktan ve sağlıktan kâr etmek veya tasarruf etmek gibi niyetleri olmadığını, tasarruf edilen kaynakların daha fazla kişinin sağlığını kazandırmayı hedeflediği anlaşıldığında konunun önemi ortaya çıkıyor. Dünyanın en zengin ülkeleri bile sağlık harcamalarındaki astronomik artış karşısında iktisadi bir "orta yol" bulmak zorunluluğunu hissettiler. Sağlık ekonomisi bilimi böyle zorlayıcı etkenlerin bir sonucu olarak doğmuştur.

> ***Sağlık gibi insanın doğuştan getirdiği bir temel hakkı anlatan ve yeri asla başka bir kaynak ile doldurulamayan bir cevheri; insanın aklına parayı, pazar koşullarını, arzı ve talebi getiren bir başka bilimin adıyla yan yana anmak insana ironik geliyor. Ancak burada verilen iktisadi mücadelenin hastalıktan ve sağlıktan kâr etmek veya tasarruf etmek gibi niyetleri olmadığını, tasarruf edilen kaynakların daha fazla kişinin sağlığını kazandırmayı hedeflediği anlaşıldığında konunun önemi ortaya çıkıyor.***

Sağlık hizmetlerindeki reel fiyat artışı ile genel anlamda yaşamın aynı düzeyde sürdürülebilmesi için gereken harcamalardaki artış arasındaki farka, sağlık hizmetlerine özgü enflasyon hızı denmektedir. Bu enflasyon öyle bir hıza erişmiştir ki sağlıkçıların elindeki bilimsel ve teknik olanaklarla bu sorunu çözmenin mümkün olmadığı anlaşılmıştır. Bu durumda finansmanı ve harcamaları konu alan bilimden (ekonomiden) yardım almak gerekmiştir. Böylece sağlık ekonomisi disiplini veya disiplinler arası çalışma alanı doğmuş oldu.

Sağlık hizmetlerinde meydana gelen bu baş döndürücü harcama artışı neye bağlı olarak gelişti? Bu sorunun cevabı aşağıdakilerden "hepsi"dir, bu etkenlerin beraberce doğurdukları bir sonuçla karşı karşıyayız:

- Sağlık teknolojilerindeki büyük gelişmeler (tıp bilimindeki son 50 yıldaki gelişmelerin ondan önceki 10 bin yıldaki gelişmelerin tamamından daha büyük olduğu bildiriliyor),
- Teknolojideki büyük gelişmelerin getirdiği uzmanlıklar ve bilgi/beceri birikimi (eğitim çok pahalı bir birikimdir ve tıp hizmetlerinde uzun yıllar eğitimden geçmemiş kişiler belirli uygulamalardan başka bir şey yapamaz hale geldiler),
- İletişim olanaklarındaki gelişmeler (dünyanın neresinde ne gibi bir yenilik varsa bunu bütün ülkeler kısa sürede duydu ve vatandaşları bu yenilikleri talep eder oldu),
- Ulaşım olanaklarının çok genişlemesi (dünyanın bütün ülkeleri birbirine bağlanmış oldu ve iletişimle öğrenilen hizmet uygulamalarını talep etmek üzere ulusal ve uluslararası yolculuklar büyük artış gösterdi),
- Bütün ülkelerde beklenen ömürler uzadı ve yaşlanmayla birlikte gelen kronik hastalıkların hem toplam sayısında hem de hastalık yükü içinde sayısı/payı arttı (kronik hastalıklar uzun süre öldürmeden kişileri hizmetlere bağımlı

Sağlık ekonomisi, ekonomi biliminin bir alt disiplinidir ve sağlık hizmetlerindeki kıt kaynaklarla uğraşır. Bu kaynakların kısıtlı olması, temel çıkış noktasını oluşturur ve bu kaynaklardan en büyük sağlık çıktısını elde etmek üzere neler yapılacağı bu çalışma alanının temel sorusu olarak ortaya konulur. Sağlık ekonomisi yalnızca sağlıkla ilgilenen ekonomistlere has bir alan değildir. Özellikle sağlık yöneticileri ve hastane işletmecileri de bu bilim dalı ile uğraşmak zorundadır. Sağlık hizmetlerine tahsis edilen bütün kaynaklar sağlık profesyonellerinin kaderini çizdiğine göre, az veya çok bütün sağlık profesyonelleri bu kaderin tezahür edişiyle ilgilenmek durumundadır.

hale getirdi, bu hizmetler genellikle en pahalısından hizmet kalemlerinden oluştu).

Genel anlamda, ekonomik görüş içinde yaşadığımız evren ile ilgili üç temel gözlem ortaya konmuştur: Birincisi; insanların arzularının sınırsız olduğu düşünüldüğünde bu arzuları yerine getirecek kaynaklar kısıtlıdır. Başka bir deyişle, insanlar arzularının bir kısmını gerçekleştirmekten vazgeçmek durumundadırlar. Gerçi, elde var olan kaynakların kullanımında bazı savurganlıklar ve verimsizlikler söz konusudur, ama bu savurganlıklar olmasaydı kaynaklar arzularımıza yine yetmeyecekti. İkincisi; kaynakları kullanırken insanlar alternatifler arasında tercih yapmak durumunda kalırlar. Bazı arzularımızı yerine getirmek üzere verdiğimiz kararlar, aynı zamanda başka arzularımızı da gerçekleştirmemek üzere verdiğimiz kararlar anlamına gelmektedir. Örneğin eldeki bin öğrencinin hepsini hekim yapmaya karar verdiğimizde bu bin kişiden hiç matematikçi, sanatçı, tarihçi, iletişimci vb. yetiştirmemeye de karar vermiş oluyoruz. Üçüncüsü; insanların değişik değişik arzuları olduğu gerçeğidir. Birisi için bütün hayat demek olan bir konu, başka birisi için hiç değer ve önem taşımayabilir. Sözgelişi, "Her şeyin başı sağlık, sağlık hayatta en önemli şeydir" önermesi herkes için geçerli olsaydı içilen sigaraları, motosikletle yapılan hızları, oynanan rus ruletlerini vb. nasıl açıklayabilecektik? O halde bu 3 temel gözleme dayanarak büyük soruyu ortaya atabiliriz: *İnsanların arzularını yerine getirmek üzere eldeki kıt kaynakları nasıl tahsis edebiliriz?*

SAĞLIK EKONOMİSİ VE ÖNEMİ

Sağlık ekonomisi, ekonomi biliminin bir alt disiplinidir ve sağlık hizmetlerindeki kıt kaynaklarla uğraşır. Bu kaynakların kısıtlı olması, temel çıkış noktasını oluşturur ve bu kaynaklardan en büyük sağlık çıktısını elde etmek üzere neler yapılacağı bu çalışma alanının temel sorusu olarak ortaya konulur. Sağlık ekonomisi yalnızca sağlıkla ilgilenen ekonomistlere has bir alan değildir. Özellikle sağlık yöneticileri ve hastane işletmecileri de bu bilim dalı ile uğraşmak zorundadır. Sağlık hizmetlerine tahsis edilen bütün kaynaklar sağlık profesyonellerinin kaderini çizdiğine göre, az veya çok bütün sağlık profesyonelleri bu kaderin tezahür edişiyle ilgilenmek durumundadır.

Kitabi bir tanımı da buraya yerleştirmekte yarar vardır: "Sağlık ekonomisi, sağlık hizmetlerinin maliyetleri ve sağlık sonuçlarını formel olarak karşılaştırmakla uğraşan ekonomi biliminin bir dalıdır." Sağlık ekonomisi bu uğraşısında matematiksel modeller kullanır ve tıbbi kararların alınmasında yardımcı olacak senteze giderken *biyoistatistik* ve *epidemiyoloji*nin verilerinden yararlanır.

Sağlık ekonomisi, ilgi alanına giren olaylara makro ve mikro perspektiflerden baktığı için sadece sağlık sistemleriyle bir bütün olarak ilgilenen makro bakışlı sağlık yöneticileri değil, mikro ortamda hizmetleri operasyonel anlamda yöneten kişiler de bu alana ilgi göstermelidir. Kişiler, hangi hastalıklar durumunda ne tedavi uygulandığı kadar, insanların sağlık hizmet kuruluşlarına ne mesafede yaşadıkları ve hangi işlemler için ne kadar ödendiği konuları da önemlidir.

Sağlık ekonomistleri sağlık sisteminin çalışmasını ve bunun üzerinde birtakım kamu ve özel statülü unsurların etki mekanizmalarını incelerler. Sağlık hizmetinin değişik kalemlerinin ne derece vazgeçilmez oldu-





Sağlık hizmetlerinde verimlilik en az maliyetle en çok sağlık çıktısı elde etmek anlamına gelmektedir. Kişilerin arzuları bazen gerçek ihtiyaçlarla aynı olmayabilir. Bazen de ihtiyacı olduğu halde hizmeti almak istemeyebilir. Böylelikle arzular, ihtiyaçlar ve talepler olmak üzere hizmetin kullanımında üç ana unsuru gözetmek durumunda kaldığımız anlaşılmaktadır.

ğunu belirleyebilmek üzere klinik araştırmalar da sağlık ekonomistlerinin ilgisini çeker. Yapılan çalışmaların büyük oranını hizmetin değişik türleri ve başlıkları için yürütülen ekonomik değerlendirme çalışmaları kapsamaktadır. Bu çalışmalar klasik olarak maliyet düşürme (*cost minimization*), maliyet-fayda (*cost-benefit*), maliyet etkililik (*cost-effectiveness*) ve maliyet-yararlanım (*cost-utility*) olmak üzere 4 sınıfta toplanır.

Sağlık hizmetleri alanında çalışan kişiler sağlık hizmetleri veya bu hizmetlerde kullanılan mallar (malzeme, cihaz, ilaç vb.) ile uğraştıklarına göre sağlıkçıların da kendi anlayacakları şekilde sağlık ekonomisiyle ilgilenmesi bir “zaruret”tir. Sağlık ekonomisi diye ayrı bir çalışma alanının ortaya çıkmasının nedeni de dünyada genel olarak kişilerin kendi cebinden ve/veya devletin onlar adına sağlık için yaptığı harcamaların en yüksek miktarlı ilk üçte (beslenme ve barınma masraflarından hemen sonra) yer almasıdır.

Sağlık hizmetleri alanı, diğer sektörlerden farklı olarak devletin müdahalelerine açık bir alan olarak sayılmaktadır. Bunun nedeni, kişilerin en öznel varlığı sayılan beden ve ruhlarına dair işlemler yapma yetkisini taşıyacak sorumlulukların üstlenilmesidir. Dünyada toplumun bütün kesimlerinin sağlık ve sağlık hizmeti beklentilerini sonuna kadar karşılamış bir ülke veya devlet hiç olmamıştır. İşte bu nedenle, sağlık ekonomisi disiplini doğmuştur ve kıt kaynakların nereye ne kadar ayrılacağını bilimsel yöntemlerle çözmeye çalışmaktadır.

Bu kıt kaynakların sağlık hizmeti alanı içinde en yoğun olarak harcandığı kalemler sırasıyla sağlık insan gücüne ödenen ücretler, sağlık teknolojisine ödenenler ve ilaç harcamalarıdır.

SERBEST PAZAR KOŞULLARI VE SAĞLIK HİZMETLERİ

Sağlık hizmetlerinin sunulmasında tamamen serbest pazar rekabet koşullarının geçerli olamamasının bazı gerekçeleri vardır. Öncelikle şu bilinmelidir ki, hizmetin sunucusu ile alıcısının söz konusu hizmet alışverişi açısından bilgi asimetrisi içinde bulunması zaten hiçbir zaman tam serbest pazarın oluşamayacağı anlamına gelmektedir. Serbest pazar koşullarında dışsallık mutlaka önüne geçilmesi gereken bir durum olarak kabul görür, ama sağlıkta pozitif yönde dışsallık desteklenir. Dışsallık derken, bir alıcı ile bir satıcının alışverişinden üçüncü bir tarafın hiç ödeme yapmadan yarar sağlaması (beleşçilik) ya da başkaları yüzünden zarar görmesi (alakasız mağduriyet) kastedilmektedir. Sağlıkta hizmet verirken hiç ödeme yapmayanların da sağlığının fayda görmesi her durumda desteklenen bir ortam olagelmiştir ve olmalıdır. Birçok zaman konulan hastalık tanılarında, hizmetlerin, ilaçların ve ameliyatların sonuçları konusunda kesin bir ifade kullanılmamaktadır. Bu belirsizlik noktaları da sağlık hizmetinin alışverişinde serbest pazar koşullarının tam sağlanamamasında bir etken olmaktadır. Tabii, bu kadar önemli ve bu kadar karmaşık konuların dengelenerek kural haline getirilmesi için devletin sürekli bir müdahalesi gerekmektedir.

Sağlık, ekonomi biliminde “sağlık hizmetleri”nin bir ürünü olarak kabul edilir. Sağlık hizmetlerini üreten sistemin bile-

şenleri de bu ürünü üretebilmek için gereken kaynakların elde edilmesi, sağlık hizmet programlarının belirlenmesi (ne gibi hizmetler kim tarafından nerede verilecek), ekonomik destek, yönetim ve hizmetin sunulması aşamalarından oluşmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde esas ödemeyi hizmete erişemeyenler yapar, çünkü onlar hizmete erişemeyince alternatif olarak hizmet onlara götürülmeyip başka bir yere götürülmüş anlamına gelmektedir. İşte maliyeti aslında bu erişemeyenler kitlesi öder. Ancak finansmanın akışındaki ödemeleri kastettiğimizde maliyetlerin kim tarafından karşılandığı açıkça izlenmelidir.

Sağlık hizmetlerinin finansmanında bütün dünyanın uğraştığı ana konular arasında toplumun cepten ödemelerini en aza indirmek (sıfıra indirmem mümkün müdür acaba?), sistematik ödeme yöntemlerini geçerli kılmak, risk havuzunda risk paylaşımını adil biçimde organize edebilmek, güçsüzlere güçlülerin desteğini aktarabilmek (zenginden yoksula, gençten yaşlıya, sağlamdan hastaya, çalışandan çalışmayana, bireylerden ailelere) ve hizmetlerin sunumunun ve harcamaların hesap verebilirliğini artırmak yer almaktadır. Böylelikle en verimli noktanın yakalanacağı ümit edilmektedir.

Verimlilik konusuna gelince, sağlık hizmetlerinde verimlilik en az maliyetle en çok sağlık çıktısı elde etmek anlamına gelmektedir. Kişilerin arzuları bazen gerçek ihtiyaçlarla aynı olmayabilir. Bazen de ihtiyacı olduğu halde hizmeti almak istemeyebilir. Böylelikle arzular, ihtiyaçlar ve talepler olmak üzere hizmetin kullanımında üç ana unsuru gözetmek durumunda kaldığımız anlaşılmaktadır.

Sağlık ekonomisi doğrudan ödenen maliyetler dışında o hizmeti almak uğruna hizmeti üretenlere veya bambaşka birilerine yaptığımız diğer ödemeleri de hesaba katar. Sözgelişi evinden çocuğunu muayeneye götürmek üzere hareket eden bir işçi için dolaylı maliyetler de söz konusudur. İşçi, işvereninden izin alacak, belki de bu nedenle günlük bir kesinti uygulanacak, otobüs, minibüs, taksi veya özel araç, park yeri vb. masrafları olacak, bu arada beklerken çay kahve içecek, yemek yiyecek vb. Bütün bu maliyetler dolaylı maliyet olarak bu hizmetin hesabına katılmak durumundadır.

Sağlık ekonomisi doğrudan ödenen maliyetler dışında o hizmeti almak uğruna hizmeti üretenlere veya bambaşka birilerine yaptığımız diğer ödemeleri de hesaba katar. Sözgelişi evinden çocuğunu muayeneye götürmek üzere hareket eden bir işçi için dolaylı maliyetler de söz konusudur. İşçi, işvereninden izin alacak, belki de bu nedenle günlük bir kesinti uygulanacak, otobüs, minibüs, taksi veya özel araç, park yeri vb. masrafları olacak, bu arada beklerken çay kahve içecek, yemek yiyecek vb. Bütün bu maliyetler dolaylı maliyet olarak bu hizmetin hesabına katılmak durumundadır.

Ayrıca İngilizce'de "*intangibles*" olarak belirtilen (dilimizde standart bir karşılığı varsa da ben bilmiyorum)





Sağlık profesyonelleri için sağlık ekonomisinin anlamı; hizmette kullanılacak kaynakların toplumun ihtiyaçlarına göre belirlenmesi ve toplumsal vicdan ile bir araya getirilmesi, bu kaynakların da sağlık hizmeti çıktıları ve hizmetin akıbetiyle akılcı olarak bağlantılandırılmasıdır.

diğer bir maliyet türü vardır. Bu maliyetler çektiğimiz külfetin parasal karşılığını ifade edemediğimiz kısımları içeriyor. Çocuğu için endişeyle muayeneyi bekleyen, bu arada belki de ağlayan, ameliyattan hastası sağ çıkacak mı diye koridorlarda sıkıntıyla dolaşan insanların kederinin parasal karşılığı bilinmiyor. Hastaneye giderken çocuğunu komşuya bırakmak durumunda kalanların minnet duyguları da öyle… Bu örnekleri çoğaltabiliriz. Sonuçta bu kavram, parasal olarak hiçbir şekilde ifade edemediğimiz ama yaşamak istemediğimiz durumlara ifade ediyor.

Fırsat maliyetleri konusuna dönecek olursak; sağlık için ayrılan kaynakları gerçekten en yüksek düzeyde sağlık çıktısı alacağımız noktalara mı tahsis etmiş olduk? Bu soru, “tahsisat verimliliği” denen konuyu dile getirmektedir. Ayrıca “operasyonel verimlilik” denen diğer bir verimlilik konusu vardır ve bu da kaynaklar doğru şekilde tahsis edilse bile amaçlanan sağlık çıktısını bize doğuracak şekilde mi harcanmış yoksa hizmet üretim operasyonu tahsisat doğru olsa bile hatalı mı yürütülmüştür?

Sağlık ekonomisi spesifik olarak aşağıdaki sorulara cevap aramakla var olmaktadır:

- Sağlığı ne gibi etkenler belirlemektedir?
- Sağlığın anlamı ve değeri kimlere ne ifade ediyor?
- Sağlık hizmetlerinin arzı ve hizmetlere talep nasıl beliriyor?
- Tanı ve tedavi işlemleri düzeyinde mikroekonomik faaliyetlerin değerlendirilmesinden ne sonuçlar çıkıyor?
- Sağlıkla ilgili pazar dengeleri nasıl ve ne noktada oluşuyor?
- Sağlık hizmetlerinin planlanması, bütçelenmesi ve izlenip değerlendirilmesinde ne gibi teknikler kullanılacaktır?
- Sağlık hizmetlerinin finansmanında ve sunumunda kamu ve özel kuruluşların payları nedir, bunların hizmet verdikleri kitleler hangileridir ve bu kitlelerin ihtiyaçlarının ne ölçüde karşılanmaktadır?

SONSÖZ

Sağlık profesyonelleri için sağlık ekonomisinin anlamı; hizmette kullanılacak kaynakların toplumun ihtiyaçlarına göre belirlenmesi ve toplumsal vicdan ile bir araya getirilmesi, bu kaynakların da sağlık hizmeti çıktıları ve hizmetin akıbetiyle akılcı olarak bağlantılandırılmasıdır.



Medikal Turizm Dinamikleri

Uzm. Dr. Sinan İbiş
Medikal Turizm Derneği Başkanı

Medikal turizm, medikal bazı tedavi hizmetleri almak için yurtdışına seyahat etmek anlamına gelir. Medikal turizm yeni bir kavram değildir. İlk olarak Kanadalılar ve Avrupalılar, ülkelerindeki uzun bekleme süreleri nedeniyle, yıllar boyunca medikal tedavi almak için yurtdışına çeşitli seyahatler gerçekleştirmişlerdir. Dünyanın sayılı zenginleri de, yaygın olarak Amerika'daki Johns Hopkins, Mayo Clinic, Cleveland Clinic ve MD Anderson gibi tanınmış hastaneleri seyahat etmektedirler. Şimdilerde ise Amerikan vatandaşları, en yüksek kalitede tedaviyi daha ekonomik düzeyde ve gizlilik içinde alabilmek için dünyanın çeşitli ülkelerini tercih etmektedirler.

Medikal turistler genelde ABD, Kanada, Büyük Britanya, Batı Avrupa, Avustralya, Ortadoğu gibi dünyanın endüstrileşmiş ya da ekonomik olarak zenginleşmiş ülke ve bölge vatandaşlarıdır. Ancak günümüzde artık, diğer ülke vatandaşları da daha ucuz tedavi imkânlarını kendi ülkeleri dışında aramaya başlamıştır.

Medikal turistler genelde ABD, Kanada, Büyük Britanya, Batı Avrupa, Avustralya, Ortadoğu gibi dünyanın endüstrileşmiş ya da ekonomik olarak zenginleşmiş ülke ve bölge vatandaşlarıdır. Ancak günümüzde artık, diğer ülke vatandaşları da daha ucuz tedavi imkânlarını kendi ülkeleri dışında aramaya başlamıştır.

MEDİKAL TURİSTLERİN ALDIĞI SAĞLIK HİZMETLERİ

Medikal turistler için birçok imkân bulunmaktadır. Bunlar arasında, yüz gerdirme, liposuction, karın düzeltme, göğüs büyütme, zayıflama, saç ekimi, anti aging, sigara bırakma, diş protezi, lasik gibi işlemler yanında eklem, spinal disk, histerektomi, hemoroid, varis ve kardiyak bypass işlemi gibi tedaviler bulunmaktadır. Medikal turistler artık birçok medikal ve cerrahi işlemi, güvenli ve etkili bir şekilde ve kendi ülkelerindekinden daha ucuza başka ülkelerde alabilmektedirler.

Medikal seyahat programlarında ayrıca birçok ilave servis bulunmaktadır. Bu süreç seyahatin hedefinde olan tedaviye göre değişiklik göstermektedir. Medikal turizm konusunda tedavi olmayı isteğiniz alan dışındaki birçok şey konusunda da haberdar olmanız gereklidir. Bu sebeple, medikal turizm hareketini gerçekleştireceğiniz sağlık kuruluşunun turiste ihtiyacı olan tüm bilgiyi sağlaması gerekmektedir.

İNSAN BAŞKA BİR ÜLKEDE SAĞLIK HİZMETLERİNİ NEDEN ALMAYI DÜŞÜNMELİ?

Medikal turizm hareketine katılan ülkelerdeki medikal işlemler genellikle % 50 veya % 80 oranında daha ucuzdur. Medikal turistler fiyat avantajı sayesinde, 4 veya 5 yıldızlı bir resortta, tam gizlilik içinde tedaviler gerçekleştirilebilir ve kendi ülkelerine daha az para harcamış olarak geri dönebilirler.

Maliyetin az olması önemli bir faktör müdür? Kesinlikle tek başına yeterli öneme sahip değildir. Ancak maliyet unsuru, medikal tedavi alırken göz önüne alınması gereken önemli bir etkendir. Medikal turizm hareketinde medikal turist kendisi için doğru olan ülke ve sağlık kuruluşunu seçerken güvenilir aracı kuruluşlara ihtiyaç duymaktadır. Bu güvenilir aracı kuruluşlar güvenilir olan ve kaliteden ödün vermeyen, daha ucuz imkânları ve doktorları bulmaya yardımcı olacaktır. Ancak, sadece daha ucuz olduğu için yurtdışında tedavi alma yönünde bir teşvik kesinlikle yapılmamalıdır. Medikal turist için



Birçok ülkedeki sağlık bakımı sistemi, kalite ve teknoloji açısından birbirinin aynı olmasına rağmen, yasal sistemleri farklıdır. ABD'deki doktorlar yılda 100.000 dolar medikal hata sigortası ödemek zorundadır. Yabancı ülkelerdeki doktorlar da bu sigortayı yaptırmakla birlikte, yılda 4.000 dolar öderler. Bu sigortaya ilave olarak bazı ekonomiler, ABD'ye kıyasla gelişimin farklı aşamasındadır. Bu durum, sağlık bakımı teknolojisinin ABD'den geri olacağı anlamına gelmez.

cerrahi işlemler, nerede yapılırsa yapılsın, çok ciddiye alınması gereken; aile ve diğer profesyonellerle işbirliği içinde olunması gereken işlemlerdir. Kişiler eğer yurtdışında cerrahi işlem almak konusunda kararlıysa cerrahi işlemi almak, en iyi hastaneyi ve doktoru bulmak; ayrıca para tasarruf etmek konusunda aracı kuruluşun desteği son derece önemlidir.

YURTDIŞINDAKİ MEDİKAL İŞLEMLERDEKİ MALİYETLER

Fiyat farkı, seçilen medikal işleme göre değişebilir. ABD'deki tedavi işlemlerinin fiyatlarını inceledikten sonra, seçilen bazı diğer ülkelerle karşılaştırdığımızda, maliyetler % 50-80 arasında daha düşüktür. En fazla kazanç ise kardiyak işlemlerinde (ABD'dekilerden % 75-90 daha az) görülmektedir. ABD'de 10.000 dolarlık bir işlem, yurtdışında 2.000 ve 5.000 dolar aralığında bir fiyata yapılabilmektedir. Bu önemli fark sayesinde gidiş dönüş bileti, 4-5 yıldızlı resortta dinlenme fırsatı, gardırobun yenilenmesi ve ayrıca biraz da para tasarruf edebilme fırsatı bulunabilmektedir.

BAZI ÜLKELERDEKİ MEDİKAL İŞLEMLER NEDEN DAHA UCUZDUR?

Birçok ülkedeki sağlık bakımı sistemi, kalite ve teknoloji açısından birbirinin aynı olmasına rağmen, yasal sistemleri farklıdır. ABD'deki doktorlar yılda 100.000 dolar medikal hata sigortası ödemek zorundadır. Yabancı ülkelerdeki doktorlar da bu sigortayı yaptırmakla birlikte, yılda 4.000 dolar öderler. Bu sigortaya ilave olarak bazı ekonomiler, ABD'ye kıyasla gelişimin farklı aşamasındadır. Bu durum, sağlık bakımı teknolojisinin ABD'den geri olacağı anlamına gelmez. Gerçekte, ABD'deki özel hastanelerin çoğu ABD'deki en ileri hastanelerle aynı cihazları kullanır. Hedef ülkelerdeki hastanelerin daha az maliyetli olmasının bazı nedenleri şunlardır:

- İşçi maliyetinin az olması,
- Gayri menkul fiyatlarının düşük olması,
- Yapı maliyetlerinin düşük olması,
- Döviz kurlarının uygun olması,
- Vergilerin düşük olması,



Medikal turizmi yapan kuruluşlardan oluşan bir network organizasyonu oluşturulmalı, bu organizasyon talepleri karşılamalı ve network'teki kuruluşlara dağıtmalıdır. Bu organizasyon akışı ile bu kuruluşlardaki doktorlar da medikal turist ile ilk görüşmeyi sağlıklı bir şekilde gerçekleştirirler. Seyahatten önce eğer istenirse, telefon, mail ve/veya video konferans yoluyla ilave görüşme de ayarlanabilir. Bilhassa kozmetik cerrahi için, doktorlar, cerrahi bölgenin fotoğraflarını gizlilik hakkı korunmak üzere görmek isteyecektir.

- Medikal turizm hastaları için alacak toplama durumlarının olmaması (hastaneden taburcu olmadan önce yapılması gereken nakit/kredi kartı ödemeleri),
- Acil tedavilerde istismara yönelik tedavi giderlerinin oluşturulmaması,
- Yönetimsel dokümanların az olması,
- Daha az bürokratik işlemler,
- Daha ucuz medikal araç–gereç/cihaz/ilaçlar.

YABANCI DOKTORLARIN KALİTESİNE NASIL GÜVEN SAĞLANABİLİR?

Burada yine medikal turizme aracı kuruluşun bilgi sağlama sistemi önem kazanmaktadır. Öncelikle, sağlık kuruluşlarındaki doktorlar hakkındaki tüm bilgileri medikal turiste sağlamak suretiyle en iyi kararın verilmesi sağlanabilir. Bunun için doktorların resumeleri sağlanabilir, gerekirse doktorlarla telefon görüşmeleri ve hatta video konferansı imkânları oluşturulabilir. Eğer kişi hâlâ emin değilse, doktorlar hakkında daha detaylı bilgiler, referanslar sağlanabilir.

YURTDIŞINDAKİ DOKTORLARLA NASIL İRTİBAT KURULUYOR?

Medikal turizmi yapan kuruluşlardan oluşan bir *network* organizasyonu oluşturulmalı, bu organizasyon talepleri karşılamalı ve *network*'teki kuruluşlara dağıtmalıdır. Bu organizasyon akışı ile bu kuruluşlardaki doktorlar da medikal turist ile ilk görüşmeyi sağlıklı bir şekilde gerçekleştirirler. Seyahatten önce eğer istenirse, telefon, mail ve/veya video konferans yoluyla ilave görüşme de ayarlanabilir. Bilhassa kozmetik cerrahi için, doktorlar, cerrahi bölgenin fotoğraflarını gizlilik hakkı korunmak üzere görmek isteyecektir.

HASTANELER GÜVENLİ MİDİR?

Medikal turizmin gerçekleşeceği sağlık kuruluşları, *network*'e belirli şartları taşıdığı için dahil edilmelidirler. Bu sağlık kuruluşlarının hizmetlerini uluslararası kalite belgeleri ile akredite etmeleri son derece önemlidir. Bu *network*'teki sağlık kuruluşları hakkında talepleri karşılayan kişilerin doğru bilgi akışları son derece önemlidir. Medikal *network* kapsamındaki sağlık kuruluşları hijyen standartları, modernlik ve teknoloji kullanımı açısından belirli koşulları ihtiva ettiğinden daha kolay olarak tercih nedeni olacaklardır. Seçilen hastane konusunda gerekli istatistikleri de medikal *network* organizasyonu potansiyel medikal turistlere mutlaka sağlamalıdır.

Medikal turizm için özellikle Arjantin, Brezilya, Kosta Rica,

El Salvador, Hindistan, Malezya, Tayland, Türkiye ve Güney Afrika daha çok tercih edilen ülkelerdir. Dünyada, yaşamsal medikal desteği, ABD'ye kıyasla çok daha az maliyetle gerçekleştiren birçok ülke yer almaktadır. Bu ülkeleri seçiminde en önemlisi, global turizm sektöründeki en iyi, en deneyimli ve en yüksek kalitedeki ülkeler ile medikal turizm altyapısını en iyi kuran ülkelerin tercih edilmesi dikkat çekicidir. Ayrıca bu ülkelerin seçiminde sağlık bakımı ve teknoloji yanında, ülkelerin ileri taşımacılık ve haberleşme sistemlerini de hayata geçirmiş olmaları tercihleri güçlendirmektedir.

YURTDIŞINDA TEDAVİLERE POZİTİF BAKARKEN

Medikal turizmde sıkça adı geçen ABD, sıkı sağlık bakımı standartları ve güçlü hasta hakları bakımından tek ülke değildir. Gerçekte, yerel hastanelerin düşük kalite standartları nedeniyle akreditasyonu olmayabilir. Dünyadaki birçok hastane JCAHO ve Dünya Sağlık Örgütü'nün altında faaliyet gösteren tek akreditasyon kuruluşu TAS veya ABD bazlı akreditasyon organizasyonu olan Uluslararası Birleşik Komisyonu'na kayıtlıdır. Bu akreditasyon prosedürlerinin tamamlanmış olması dünyadaki medikal markette sağlık kuruluşlarının önünü açmaktadır.

Gerek Türkiye'deki sağlık kuruluşları, gerek Türk tıbbının yetiştirdiği tıp doktorları dünyadaki sağlık turizminde hızla marka olma yolunda ilerlemektedir. Özellikle hizmetleri tescillenmiş sağlık kuruluşlarında estetikten termal tıbba, cerrahi tedavilerden rehabilitasyon olanaklarına, dentalden yaşlı bakımına kadar sağlıklı yaşamı geliştirici, destekleyici tüm tedavi olanakları yabancıların tercihi olmayı başarmış durumda. Güven ve kalite damgasıyla sunulan sağlık hizmetleri Türkiye'nin doğal coğrafya imkânları ile birleştirildiğinde daha cazip hale gelmektedir.

NEDEN BİR MEDİKAL TURİZM ACENTESİNE İHTİYAÇ VAR?

Böyle bir zorunluluk yoktur. Doğrudan denizaşırı ülkelerdeki bir hastaneyle temas kurabilir, randevular ayarlanabilir ve medikal turist her şeyi kendi kendine de halledebilir. Birçok insan bunu yapmıştır. Ama tanınmış bir medikal turizm acentesi ile çalışmak, tüm aşamaların takibini kolaylaştırır. Bu acenteler birlikte çalıştıkları hastaneleri, doktorları ziyaret etmişlerdir ve sıkı ilişkileri vardır. Hastanelerin yöneticileri ile doğrudan ilişkileri içindedirler. Üstelik aynı hastanede, aynı prosedürü geçirmiş hastalarla iletişim kurarak doktor, hastane ve koşullarla ilgili deneyimlerini paylaşma imkânını müşterilerine sunabilirler. Aynı prosedürü yaptırmış olan kişilerle iletişim kurulmasını da acenteler potansiyel medikal turistlere sağlayabilirler.

Seçilen tedavi prosedürüne bağlı olarak genellikle 2 veya 3 hafta gidilen ülkede kalınması gerekebilir. Tedaviyi gerçekleştiren doktorlar hastanede ne süre ile kalınması gerektiğini söyleyeceklerdir.



TÜRKİYE MEDİKAL TURİZMİN NERESİNDE?

Gerek Türkiye'deki sağlık kuruluşları, gerek Türk tıbbının yetiştirdiği tıp doktorları dünyadaki sağlık turizminde hızla marka olma yolunda ilerlemektedir. Özellikle hizmetleri tescillenmiş sağlık kuruluşlarında estetikten termal tıbba, cerrahi tedavilerden rehabilitasyon olanaklarına, dentalden yaşlı bakımına kadar sağlıklı yaşamı geliştirici, destekleyici tüm tedavi olanakları yabancıların tercihi olmayı başarmış durumda. Güven ve kalite damgasıyla sunulan sağlık hizmetleri Türkiye'nin doğal coğrafya imkânları ile birleştirildi-

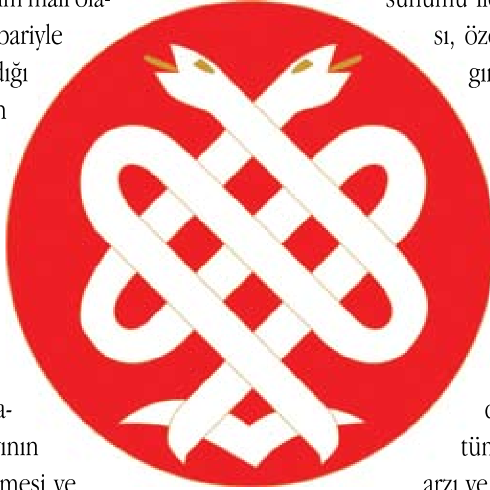


Sağlık Hizmeti Uygulamalarının Ekonomik Perspektiften Değerlendirilmesi

Prof. Dr. Mehtap Tatar

Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
Sağlık İdaresi Bölümü

Sağlık, sadece Türkiye'de değil birçok ülkede ekonomide yarattığı fayda ve neden olduğu harcamalar nedeniyle yoğun bir şekilde tartışılan ve hem Türkiye'de hem de diğer birçok gelişmiş ülkede ağırlıklı olarak kamu sorumluluğunda bir sektör olduğu için ekonomik dengeler içindeki yeri son derece önemli olan bir sektördür. Sağlık, her ne kadar zaman zaman bir tüketim malı olarak nitelendirilse de aslında özü itibariyle bir yatırım malı olup işgücüne sağladığı sağlıklı çalışan katkısı ile her ülkenin ekonomik gelişme ve kalkınmasında önemli bir yere sahiptir. Bu nedenle sağlık sektöründe harcanan kaynaklar ve bunun sonucunda elde edilen faydaların mutlaka çok yönlü olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Buna ilave olarak, sağlık harcamalarının toplam gayrisafi yurtiçi hasıla (GSYİH) içindeki payının Türkiye de dahil her ülkede yükselmesi ve önümüzdeki yıllarda beklenen eğilimin de bu yönde olması, Türkiye'de sağlığın ekonomisi ile ilgili tartışmaların daha çok önem kazanmasına neden olmaktadır.



Türkiye'de sağlık sektörü 2003 yılından bu yana radikal bir reform sürecinden geçmekte olup reformun temel alanlarında gerekli önemli değişiklikler gerçekleşmiştir. Bu gelişmeler arasında hem toplum hem de sağlık sektörü ve kamu açısından en önemli olanlar; SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devri, Genel Sağlık Sigortası'nın kurulması, aile hekimliğinin önce pilot uygulama olarak başlaması ve daha sonra tüm yurtta yaygınlaşması, sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılması, özel sektörden hizmet alımlarının yaygınlaşması, Yeşil Kart sahiplerine verilen hizmetlerin kapsamının gelişmesi ve hastanelerin özerkleşmesi amacıyla kamu hastane birliklerinin kurulmasına yönelik çalışmaların başlaması sayılabilir. Bu değişikliklerin yanı sıra sağlık hizmetini sunanların verdikleri hizmetin karşılığını ödeme yöntemleri açısından da önemli değişiklikler yapılmış ve tüm bu değişikliklerin sağlık hizmetleri arzı ve talebi üzerinde önemli etkisi olmuştur. Toplum açısından bu reformların en önemli etkisi sağlık hizmetlerine erişimin, erişimin her boyutunu da kapsayacak şekilde gelişmesi ve kolaylaşması olmuştur. Bu sürecin doğal ve beklenen sonucu ise sağlık sektörünün hem genel ekonomi hem de kamu içindeki ağırlığını ve öneminin artmasıdır.

Türkiye'de sağlık sektörü 2003 yılından bu yana radikal bir reform sürecinden geçmekte olup reformun temel alanlarında gerekli önemli değişiklikler gerçekleşmiştir. Bu gelişmeler arasında hem toplum hem de sağlık sektörü ve kamu açısından en önemli olanlar; SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devri, Genel Sağlık Sigortası'nın kurulması, aile hekimliğinin önce pilot uygulama olarak başlaması ve daha sonra tüm yurtta yaygınlaşması, sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılması, özel sektörden hizmet alımlarının yaygınlaşması, Yeşil Kart sahiplerine verilen hizmetlerin kapsamının gelişmesi ve hastanelerin özerkleşmesi amacıyla kamu hastane birliklerinin kurulmasına yönelik çalışmaların başlaması sayılabilir.

Türkiye'de sağlık harcamalarını uluslararası karşılaştırılabilir bir standartta tanımlayan, sınıflayan ve ayrıştıran ilk çalışma, 1999 ve 2000 yıllarında yapılan sağlık harcamalarını kapsayan Ulusal Sağlık Harcamaları (USH) çalışmasıdır. Bu çalışmada, OECD ülkeleri tarafından kullanılan ve sağlık harcamalarını standartlaştırılmış kategoriler altında tablolar halinde gösteren OECD Sağlık Hesapları Sistemi kullanılmıştır (www.hm.saglik.gov.tr). Bu çalışmada hem kamu hem de özel sektörde gelişen sağlık harcamaları, bunların sağlık kurumları, sağlık fonksiyonları, yaş, cinsiyet, bölge, gelir grubu gibi sosyo-ekonomik özelliklere göre dağılımı yapılmış ve bu verileri elde edebilmek için çok geniş kapsamlı bir hanehalkı sağlık hizmetleri kullanımı ve sağlık harcamaları çalışması ile hastane çalışması yapılmıştır. USH çalışmasının sağlık ekonomisi açısından yaptığı en önemli katkı, sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının daha önceki tahminlere göre daha yüksek olduğunu ve Türkiye'nin gelişmişlik düzeyi açısından bakıldığında sağlığa yeterli kaynak ayırdığını ancak bu kaynakların verimli kullanımını sağlayamadığı ortaya konmuştur.

USH çalışması, yukarıda da sözü edildiği üzere 1999 ve 2000 yıllarında yapılan harcamaları belirlemiş ve bu tarihten sonra sağlık harcamalarının OECD Sağlık Hesapları Sistemi'ne göre hesaplanıp OECD'ye bildirilmesi sorumluluğu Türkiye İstatistik Kurumu'na (TÜİK) verilmiştir. TÜİK, her ne kadar yukarıdaki kadar kapsamlı olmasa da sağlık harcamalarını ana hatları ile bu sisteme göre raporlamaktadır. Bu kapsamda en son, 2004-2007 arası sağlık hesapları sonuçları yayınlanmıştır (TÜİK, 2009). Yayınlanan dokümanda da belirtildiği üzere harcamaların hesaplamasında OECD ve EUROSTAT metodolojileri ile uyumlu bir yöntem benimsenmişi ve 2001-2003 yılları için daha önce yayınlanan istatistikler revize edilerek, 2004 yılı yeniden hesaplanmış ve 2005-2007 yılları arası ise ilk defa üretilmiştir. Ancak TÜİK tarafından yayınlanan veriler Sağlık Hesapları Sistemi'nin önerdiği kapsam ve derinlikte değildir. OECD Sağlık Hesapları Sistemi, sağlık harcamalarının hem finansman kurumu, hem hizmet sunucuları hem de hizmet fonksiyonları alt ayrımlarında hesaplanmalarını gerektirirken şu ana kadar yayınlanan rakamlar, harcamaların bu ayrıntıda toplanmadığını ancak genel sonuçları yorumlayabilmeyi sağlayacak kapsamda hesaplandığını göstermektedir. Özellikle sağlık politikalarının değerlendirilmesinde sağlık hesaplarının bu ayrıntıda toplanması gerektiği herkes tarafından kabul edilmektedir.



Tablo 1: GSYİH ve toplam sağlık harcaması

	GSYİH	Toplam Sağlık Harcaması	Sağlık Harcaması / GSYİH (%)
1998	70.203.147.160	-	-
1999	104.595.915.540	4.985.000.000	4,8
2000	166.658.021.460	8.248.000.000	4,9
2001	240.224.083.050	12.396.000.000	5,2
2002	350.476.089.498	18.774.000.000	5,4
2003	454.780.659.396	24.279.000.000	5,3
2004	559.033.025.861	30.021.000.000	5,4
2005	648.931.711.812	35.359.000.000	5,4
2006	758.390.785.210	44.069.000.000	5,8
2007	843.178.421.420	50.904.000.000	6

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu, 2008; Türkiye İstatistik Kurumu, 2009; Sağlık Bakanlığı RSHMM, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2004.

TÜİK tarafından açıklanan rakamlara göre 2007 yılında Türkiye'nin gayri safi yurtiçi hasılasının % 6'sı sağlığa ayrılmıştır. Bu rakam, 1999 yılı için ise % 4,8 olarak gerçekleşmiştir. Tablo 1'de sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı, Tablo 2'de ise sağlık harcamalarının gelişimi sunulmaktadır.

Bir sağlık sisteminin performansının en önemli belirleyicilerinden biri sistemin finansal risk koruma açısından ne kadar başarılı olduğudur. Finansal risk koruma en geniş kapsamıyla sağlık hizmetlerinin finansmanında ödeme gücü düşük ve sağlık riski yüksek bireylerin korunması olarak tanımlanabilir. Finansal risk korumayı sağlamanın en önemli göstergelerinden biri sağlık harcamaları içinde kamu harcamalarının payının artması özel harcamaların payının azalmasıdır. Özel sağlık harcamaları ister cepten yapılan ödemeler şeklinde olsun isterse de özel sağlık sigortası primleri şeklinde olsun risk koruma açısından en problemli sağlık finansman yöntemleridir. Bunun da temel nedeni, bu yollarla yapılan sağlık harcamalarının bireyin gelir durumu ve sağlık statüsü ile ilişkili olmamasıdır. Bu nedenle kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payının artması pozitif bir gelişmedir. Türkiye'de toplam sağlık harcamalarının içinde kamu harcamalarının payının artan bir eğilim gösterdiği gözlenmektedir. Aşağıdaki grafikte de görüldüğü üzere bu oran 1999 yılında % 61,1'den 2007 yılında % 67,8'e yükselmiştir.

Bir sağlık sisteminin performansının en önemli belirleyicilerinden biri sistemin finansal risk koruma açısından ne kadar başarılı olduğudur. Finansal risk koruma en geniş kapsamıyla sağlık hizmetlerinin finansmanında ödeme gücü düşük ve sağlık riski yüksek bireylerin korunması olarak tanımlanabilir. Finansal risk korumayı sağlamanın en önemli göstergelerinden biri sağlık harcamaları içinde kamu harcamalarının payının artması özel harcamaların payının azalmasıdır.

Cepten yapılan harcamaların toplam sağlık harcamaları içindeki payı ise aynı dönemde % 29,1'den % 21,8'e düşmüştür. Finansal risk koruma açısından en önemli göstergelerden biri olan cepten yapılan sağlık harcamalarındaki azalma, temel olarak sisteme finansal erişimin reform öncesi döneme göre çok daha iyi olmasından kaynaklanmaktadır. Cepten yapılan sağlık harcamalarındaki azalmanın önemli nedenlerinden biri sağlık güvencesi kapsamına giren nüfusun artması ve Yeşil Kart sahiplerinin hizmet kapsamının genişlemesidir. 2003 yılında yapılan hanehalkı harcama araştırmasına göre o dönemde nüfusun sadece % 67'si sağlık açısından herhangi bir güvenceye sahipken bu oran son yıllarda yapılan düzenlemelerle % 90'lara kadar çıkmıştır.

Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre 2006 yılında sağlık harcamalarının finansman kurumuna göre dağılımı Şekil 2'de sunulmaktadır. Şekilde de görüldüğü üzere sosyal güvenlik kurumları ve devlet, bu harcamaların temel kaynağını oluşturmaktadır.

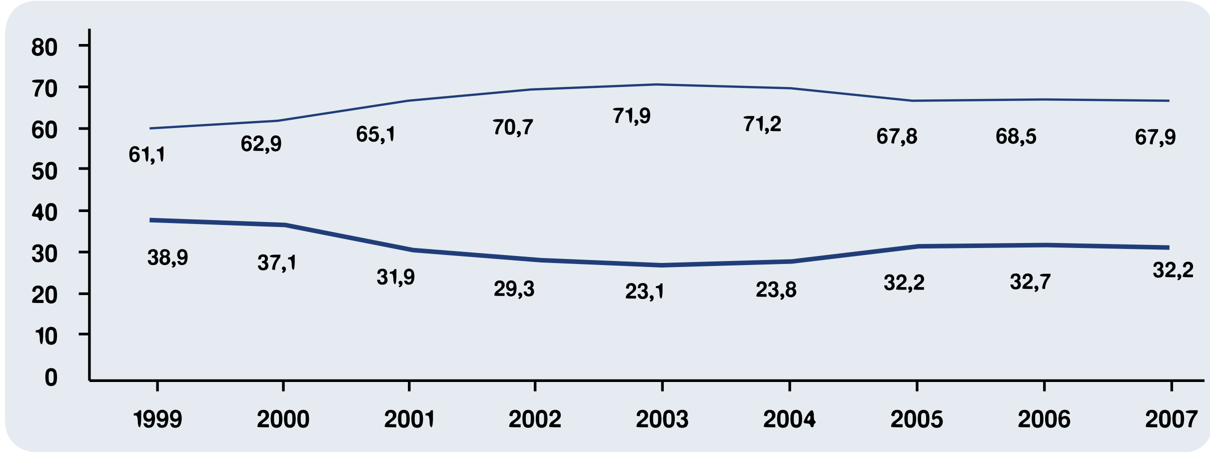
Yukarıda da görüldüğü üzere sağlık harcamalarının genel ekonomi içindeki payı önemli ölçüde artmıştır ve artmaya devam edecektir. Bu nedenle, her ülkede olduğu gibi

Tablo 2: Sağlık harcamalarının gelişimi

	1980	1985	1990	2000[1]	2005[1]	2007[1]
Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (US $ PPP)	70	68	155	458	622	813
Toplam Sağlık Harcaması GSYİH (%)	2,4	1,6	2,7	4,9	5,4	6
Toplam Sağlık Harcaması / Kamu Harcamaları (%)	29,4	50,6	61	62,9	67,8	67,8

Kaynak: OECD 2006.

Şekil 1: Kamu ve özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı (%)



Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu, 2009

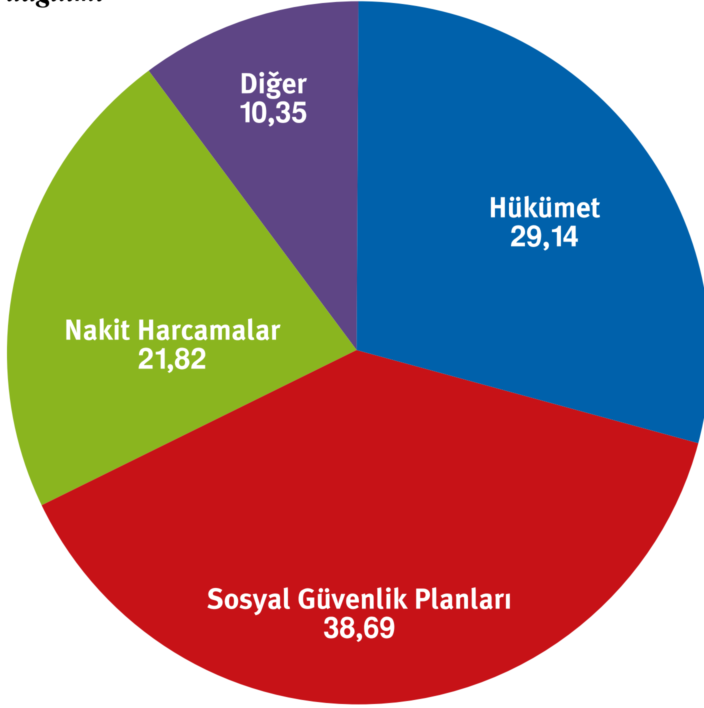
Türkiye'de bu harcamaların kontrol altına alınması için çeşitli öneriler gündeme gelmiş ve uygulamaya konmuştur. Sağlık harcamalarını kontrol altına alma çabalarına girişildiğinde atılması gereken ilk adım harcamaların artışının altında yatan gerçek nedenlerin ortaya konmasıdır. Bu çerçevede global olarak ele alındığında bu harcamaların artmasının altında yatan temel nedenler şunlardır:

1. Yaşlanan nüfus ve kronik hastalıklardaki artış: Nüfusun yaşlanması bugün hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerin yüz yüze olduğu bir gerçektir. Nüfusun yaşlanmasının, ekonomik yaşam ve göstergeler üzerindeki etkisinin yanında sağlık sektörü için de önemli sonuçları bulunmaktadır. Yaşlanan nüfus hem daha çok sayıda insanın daha uzun süre kronik hastalıklarla yüz yüze olması anlamına gelmekte hem de bir başka kişiye ya da sağlık hizmetlerine bağlı olarak daha uzun süre yaşaması anlamına gelmektedir. Günümüzde, özellikle diyabet, yüksek tansiyon, kardiyovasküler hastalıklar gibi orta yaşlarda başlayan ve uzayan yaşam süresi içinde daha uzun bir süre bireysel ve toplumsal maliyete neden olan hastalıklar sağlık harcamalarının artışındaki en önemli nedenlerden biridir. Bu hastalıklara ilave olarak yine artan yaş ile de bağlantılı olan kanserin görülme sıklığının artması ve yeni gelişen tedavilerle kanser hastalıklarının daha uzun süre ancak sağlık hizmetine önemli ölçüde bağlı olarak yaşamaları da sağlık harcamalarının artmasının önemli nedenlerinden biridir. Bu nedenle, sağlık harcamaları ile ilgili olarak yapılan analizlerde toplumun demografik yapısındaki değişim ve bunun sağlık harcamalarındaki değişime katkısı göz önüne alınmalıdır.



2. Yaşam tarzı olumsuzlukları: Kronik hastalıkların görülme sıklığının artmasının arkasında yatan önemli nedenlerden bir başkası ise yaşam tarzı olumsuzluklarıdır. Bugün tüm ülkelerde değişen derecelerle olmakla birlikte obesite, sigara ve alkol kullanımı ve hareketsiz yaşam kronik hastalıkların ortaya çıkmasının altındaki en önemli neden olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle devletler, koruyucu sağlık hizmetleri politikaları içinde özellikle bu alanda değişim yapmaya çalışmaktadır. Bilindiği üzere Türkiye'de özellikle tütün ve tütün mamullerinin tüketim sıklığına bağlı olarak çeşitli kanser türlerinin görülme sıklığı önemli bir sağlık problemi olarak karşımıza çıkmaktadır. 2008 yılında bu alanda getirilen ve son önemli düzenlemeleri Temmuz 2009 yılında uygulamaya geçirilecek olan sınırlamalar bu açıdan çok önemlidir. Orta ve uzun vadede bu düzenlemelerin önemli etkilerinden biri tütün mamullerine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklar için yapılan harcamalarda azalma olacaktır. Yaşam tarzına ilişkin müdahaleler her toplumda yapılması ve uygulanması kolay olmayan müdahaleler olup etkileri kısa dönemden çok orta ve uzun vadede ortaya çıkmaktadır. Her toplumda olduğu gibi Türkiye'de de bu tip düzenlemeler birçok çevre tarafından önemli ölçüde dirençle karşılanmakta ancak zaman içinde kabullenilip uygulamaya geçilmektedir. Örneğin bu kısıtlama ile de ilgili olarak ilk kez toplu taşım araçlarında

Şekil 2: Sağlık harcamalarının finansman kurumlarına dağılımı



Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu, 2009

sigara içilmesinin yasaklanması toplumun birçok kesimi tarafından eleştirilmiş ancak zaman içinde bu uygulama son derece doğal olarak kabul edilmiştir.

3. Yeni teknoloji: Sağlık maliyetlerinin ve sağlık harcamalarının artışına neden olan bir başka çok önemli konu sağlık sektöründe hızla gelişen yeni teknolojidir. Yeni teknoloji, tanımı ve doğası gereği genellikle yerini aldığı teknolojiye göre daha pahalıdır. Teknoloji, herhangi bir hastalığın tedavisi için geliştirilen yeni bir ilaç, teşhis ve tedavide kullanılan yeni bir cihaz, yeni bir ameliyat yöntemi ya da tıbbi ve yönetsel süreçlere ilişkin bir yenilik olabilir. Burada ele alınması gereken en önemli konu teknolojinin yarattığı faydadır. Yeni teknoloji pahalı olmasına karşın sağladığı fayda (hem bireysel hem de toplumsal) bu maliyeti açıklamaya ve katlanmaya değer ise o zaman hem bireysel hem de toplumsal faydayı sağlamak açısından kullanılması gerekmektedir. Son yıllarda Türkiye'de de olduğu gibi bütün sağlık sistemlerinde geri ödeme önemli bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Geri ödeme, en genel anlamıyla verilen sağlık hizmetinin bedelinin hizmeti alan ve hizmeti sunan dışında bir başka tarafça (devlet, kamu ya da özel sağlık sigortası) sağlık hizmeti sunucusuna ödenmesi olarak tanımlanabilir. Geri ödeme kurumları, doğal olarak gelirleri ile giderlerini dengelemek ama aynı zamanda da bireylerin ve toplumun çağdaş, güvenli, kaliteli ve etkili sağlık hizmetlerine erişimini sağlamakla yükümlüdür. Esasen bu niteliklere sahip sağlık hizmetlerine erişimi artırmak her geri ödeme kurumunun da birinci amacı olmalıdır. Bir başka ifade ile sağlık hizmetlerinde herhangi bir geri ödeme kurumunun gelir ve gider dengesini sağlamak adına bakmakla yükümlü olduklarını sağlık statülerini geliştirecek sağlık hizmetlerinden mahrum bırakması kabul edilemez. Geri ödeme kurumu, kaynaklarını en iyi şekilde kullanmak ve vatandaşlarını mevcut ve yeni sağlık hizmetlerinden yararlandırma sorumluluğuna sahiptir. Tüm dünyada, bu iki baskı, geri ödeme kurumlarının kararlarında sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesinin önem kazanmasına neden olmuştur. Türkiye'de sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi sağlık sektörü içinde çeşitli şekillerde yapılmakla birlikte henüz yeni gelişmeye çalışan ve birçok aşamanın gerçekleşmesi gereken bir alan olarak karşımıza çıkmaktadır. Yeni ilaçların ödeme listesine alınması kararlarında klinik etkililiğin yanı sıra farmakoekonomik analizlerin de etkili olması buna örnek olarak gösterilebilir. Ancak Türkiye'de sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi konusunda ele alınması gereken birçok konu bulunmaktadır.

Geri ödeme kurumları, doğal olarak gelirleri ile giderlerini dengelemek ama aynı zamanda da bireylerin ve toplumun çağdaş, güvenli, kaliteli ve etkili sağlık hizmetlerine erişimini sağlamakla yükümlüdür. Esasen bu niteliklere sahip sağlık hizmetlerine erişimi artırmak her geri ödeme kurumunun da birinci amacı olmalıdır.

4. Artan beklentiler: Haberleşme olanaklarının artması, demokrasinin gelişimi birlikte halkın taleplerini ifade edebileceği kanalların gelişimi ve hem sağlık hizmetini sunanların hem de alanların son teknolojiden yararlanma arzusu yukarıda belirtilen yeni ve pahalı teknolojinin sağlık sistemleri içinde kullanılması baskısını da artırmıştır. Bugün hasta ile hekim arasındaki bilgi asimetrisini hasta adına daha iyi konuma getirebilecek birçok gelişme yaşanmaktadır. Örneğin bireyler, herhangi bir hastalığın teşhis ya da tedavisine yönelik gelişmeleri anında internet ve medya aracılığı ile öğrenebilmekte ve sağlık sistemlerine bu gelişmelerin de dahil edilmesi konusunda baskı yapmaktadır. Geri ödeme kurumlarının bu baskıya dayanabilmesinin önemli araçlarından biri yukarıda sözü edilen sağlık tek-





Sağlık hizmetlerine erişimi artırmanın önemli yollarından biri de nüfusun sosyal güvenlik kapsamının gelişmesidir. Bireyin sağlık hizmetlerinin bedelinin ödenmesi açısından güvencesinin olması sağlık hizmetlerini kullanım kararını ve davranışını önemli ölçüde etkilemektedir. Türkiye'de Genel Sağlık Sigortası'nın kurulması ile birlikte kapsam altına alınan nüfusun genişletilmesi de sağlık hizmetlerine erişimin dolayısı ile de sağlık harcamalarının artmasına neden olmuştur.

nolojilerinin değerlendirilmesi yöntem ve uygulamalarının sağlık sistemi içinde kullanılmasıdır.

5. Sağlık hizmetlerine erişimin artması: Herhangi bir sağlık hizmetlerinde kaynak kullanımında yaşanan değişimin önemli nedenlerinden biri de sağlık hizmetlerine erişimi geliştiren politikaların belirlenmesi ve uygulamaya konması olabilir. Türkiye'de son yıllarda sağlık harcamalarında yaşanan değişimin önemli bir bölümü bu olgu ile açıklanabilir. Bilindiği üzere 2003 yılında uygulamaya geçen Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte toplumun daha önce sağlık hizmetlerine erişimde problem yaşayan kesimlerine yönelik önemli gelişmeler olmuştur. Örneğin, tanımı gereği toplumun en yoksul ve teorik olarak en çok sağlık hizmetine ihtiyacı olan Yeşil Kart sahiplerinin sağlık hizmetlerine erişiminde çok büyük değişiklikler yapılmıştır. Düzenlemeler yapılmadan önce nüfusun bu kesiminin sadece yatarak aldıkları sağlık hizmetleri karşılanmakta iken düzenlemelerden sonra ayakta sağlık hizmetleri ve reçeteli ilaçlarının bedelleri de karşılanmaya başlamıştır. Bu değişim aslında toplumda önemli ölçüde karşılanmayan sağlık ihtiyacın ortaya çıkması ve karşılanmaya başlaması anlamına gelmiş ve doğal olarak Yeşil Kart sahiplerinin hem tedavi hem de ilaç harcamaları önemli ölçüde artmıştır. Sosyal devletin en önemli fonksiyonlarından birinin ödeme gücü olmayan vatandaşların eğitim, sağlık ve sosyal güvenlik gibi hizmetlerini karşılamak olduğu kabul edildiğinde bu değişikliklere karşı çıkmak mümkün değildir. Ancak eğer sıklıkla ifade edildiği üzere özellikle Yeşil Kart hak sahiplerinin belirlenmesine yönelik bazı problemler varsa bunları çözmek de devletin en önemli görevlerinden biridir. Sağlık hizmetlerine erişimi artırmanın önemli yollarından biri de nüfusun sosyal güvenlik kapsamının gelişmesidir. Bireyin sağlık hizmetlerinin bedelinin ödenmesi açısından güvencesinin olması sağlık hizmetlerini kullanım kararını ve davranışını önemli ölçüde etkilemektedir. Türkiye'de Genel Sağlık Sigortası'nın kurulması ile birlikte kapsam altına alınan nüfusun genişletilmesi de sağlık hizmetlerine erişimin dolayısı ile de sağlık harcamalarının artmasına neden olmuştur. Nitekim kişi başına hekime başvuru sayısı 2'den 6'ya çıkmış olup sadece bu rakam bile harcamalardaki artışı önemli ölçüde açıklamaktadır.



Hizmet sunucularına verdikleri sağlık hizmetlerinin bedelini ödeme yöntemi, hem sağlık hizmetlerini kullananların hem de sunanların davranışlarını önemli ölçüde etkiler. Sağlık hizmeti sunucusu ile hasta arasında para ilişkisinin kaldırılmasının temel sonucu, hizmeti kullananların kararlarını verirken hizmetin maliyetini göz ardı etmeleri ve bazen gereğinden fazla hizmet talep etmeleridir.

6. Hizmet sunucularına ödeme yöntemleri: Hizmet sunucularına verdikleri sağlık hizmetlerinin bedelini ödeme yöntemi, hem sağlık hizmetlerini kullananların hem de sunanların davranışlarını önemli ölçüde etkiler. Sağlık hizmeti sunucusu ile hasta arasında para ilişkisinin kaldırılmasının temel sonucu, hizmeti kullananların kararlarını verirken hizmetin maliyetini göz ardı etmeleri ve bazen gereğinden fazla hizmet talep etmeleridir. Kullanıcı katkıları temel olarak bu sonucu kontrol altına almak amacıyla geliştirilen bir mekanizmadır. Türkiye'de de bilindiği üzere uzun yıllardır reçete bedellerinin % 10-20'si hastalardan katkı payı olarak alınmaktadır. Son dönemde ayakta sağlık hizmetlerinde başvurularda da katkı payı alınmaktadır ve bu politikaların temel amacı gereksiz talebi kısmaktır. Hizmet sunucularına ödeme yöntemleri esas olarak hizmet sunucusunun davranışlarını etkiler. Hem sağlık hizmeti veren kurumlara hem de bu hizmeti veren sağlık personeline uygulanan ödeme yöntemi hastaya verilecek sağlık hizmetinin türünün ve miktarının da önemli bir belirleyicisi olabilir. Örneğin hizmet başına ödeme yönteminin en önemli sonuçlarından biri hizmet sunucuları tarafından gereksiz hizmet kullanımıdır. İster hastane olsun ister hekim olsun verdiği hizmet ile elde edeceği gelir arasında doğrusal bir bağlantının kurulması durumunda verilen hizmet miktarını artırma konusunda bir motivasyonu söz konusudur. Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı ile uygulamaya geçen bir başka konu, bilindiği üzere performansa dayalı ödeme yöntemidir ve performansın çok önemli bir bölümü verilen hizmetin miktarıdır. Teorik olarak bu uygulamanın gereksiz sağlık hizmetlerinin sunumuna dolayısı ile de sağlık harcamalarının gereksiz yere artmasına neden olması kaçınılmazdır. Bu konuda Türkiye'de herhangi bir çalışma yapılmadığı için verilen sağlık hizmetleri içinde bu tür hizmetlerin boyutu ve sağlık harcamalarına etkisi konusunda bir çıkarımda bulunmak mümkün görünmemektedir. Ancak başka ülkelerde hizmet başına ücret ödeme yöntemi ile ilgili yapılan ampirik çalışmalar bu tür ödeme sistemlerinde gereksiz kullanımın arttığını göstermektedir. Bu durumda geri ödeme kurumunun bu tür hizmetleri kontrol etmeye yönelik mekanizmalar geliştirmesi gerekmektedir.

Yukarıda kısaca özetlenen unsurların tümü sağlık maliyetlerinin ve harcamalarının artmasına katkıda bulunmaktadır. Ancak burada özellikle son olarak yapılması gereken tartışma sağlık harcamalarının artmasının her zaman istenmedik bir durum olup olmadığıdır. Eğer bir toplumda karşılanmamış sağlık ihtiyaçları varsa, kaçınılmaz olarak bu ihtiyaçlar karşılanmaya başladığında kullanım ve dolayısı ile harcamalar da artacaktır. Örneğin yukarıda örneği verildiği üzere Yeşil Kart sahiplerinin daha önce alamadıkları sağlık hizmetlerini almaya başlamaları nüfusun bu kesiminin sağlık harcamalarını kaçınılmaz olarak artıracaktır. Kişi başına yıllık sağlık hizmetlerine başvuru sayısı 1990'ların sonlarında 2 kez iken bugün 7'ye çıkmış bulunmaktadır. Devletin temel sorumlulukları düşünüldüğünde sağlık hizmetlerini herkese belirli hakkaniyet kriterleri çerçevesinde verme zorunluluğu vardır ve devletin bu görevi yerine getirmesi gerekmektedir. Ancak sağlık harcamaları, karşılanmayan ihtiyaçların karşılanmaya başlaması nedeniyle değil de gereksiz kullanım nedeniyle artıyorsa bu durumda da yine geri ödeme kurumunun gereken önlemleri alması gerekecektir. Toplumun sahip olduğu kaynakları toplum adına kullanan kurumların en önemli sorumluluğu bu kaynakları yerinde, zamanında ve doğru kişilere doğru işlemler için harcamasıdır.

KAYNAKÇA

- OECD (2006), *OECD Health Data*, Paris, OECD.
- Sağlık Bakanlığı, RSHMM, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü (2004), *Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999, 2000*, Ankara.
- Türkiye İstatistik Kurumu [Turkish Statistical Institute] (2008), http://tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=57&ust_id=16
- Türkiye İstatistik Kurumu (2009). *Sağlık Harcama İstatistikleri 2004-2007 Yılı Sonuçları*, Haber Bülteni, No: 29.

Hakan Şükür:

"Sevgi ve saygının olduğu her yerde başarı da olur"

Söyleşi: Mustafa Öztürk
Fotoğraf: Mustafa Özey



Biz öncelikle Hakan Şükür'ü tanımak istiyoruz. Bugün bildiğimiz bir şey var: Sanatçılarımızın veya futbolcularımızın çoğu, ünlü olmalarından kaynaklanan bir kibirle ülkemizle, değerlerimizle çok fazla haşır neşir olmak istemezler. Ancak biz, sizin bu yanınızı da biliriz: Araştıran, gözlemleyen ve bu anlamda konuşan, ülkesinin dertleriyle, ekonomisiyle, sorunlarıyla ilgilenen… Klasik soruyla başlarsak, önce "Hakan Şükür kimdir?" diye soralım.

Babam Kosova Priştinalı, annem ise Makedonya Üsküplü. 1956 yılında önce İstanbul'a gelmişiz; ardından Konya'ya, sonrasında Sakarya'ya, Sakarya'dan da İstanbul'a dönmüşüz tekrar. Ben 1971'de Sakarya'da dünyaya geldim. Tabii ortaokul ve lise dönemlerimde, çok erken yaşlarda Sakaryaspor altyapısında futbol oynamaya başladım. Amatör kümelerde oynadım. Başladığım ilk günden itibaren atletik özelliklerim olduğu için birçok mevkide beni oynattılar. Bunun da faydasını ileriki dönemlerde gördüm tabii. Yani sadece geri planda kalan değil; pres yaparak, havaya çıkarak takım savunmasına katkıda bulundum. Bir süre böyle tozu toprağı yuttuk. Ve çok erken yaşta A takımına yükseldim. Bu durum, fiziksel olarak güçlü özelliklere sahip olduğum içindir belki de. Kaldı ki, ailemizdeki herkesin güçlü bir fiziği vardır. Tabii güçlendirme çalışmalarında babamın amatörce de olsa çok büyük katkısını gördüm. Özel çalışmalarla kendimi geliştirerek ve yetiştirerek A takımına çok erken yaşlarda çıktım. Ve A takımına çıkmamda bugün Fenerbahçe altyapı koordinatörü hocam Necdet Miş'in çok büyük katkıları vardır. Ben o sıralar basketbol da oynuyorum: Bir koltukta iki karpuzu birden taşıyordum. Bu çocuk çok iyi, onu alalım, demiş. Sonra da, niye onu A takımına almıyoruz, demiş. Böylece A takımına çok erken yaşlarda Oğuz ve Aykut Ağabeyler döneminde girdim.

Sizin çok belirgin iki özelliğiniz var: Biri, rahatlıkla alan boşluğu yaratmanız, diğeri de kafa toplarında boyunuzdan istifade edebiliyor olmanız. Ama bu golcülüğünüze rağmen "beleşçi golcü" imajınız da çok fazla silinmedi. Kimi pozisyonlarda çok pasif kaldığınız zamanlar da oldu. Sizin bu eleştirilere cevabınız nedir?

Futbol aslında bugün çok farklı bir konuma geldi. Bugün benim gibi oyuncuların arandığı bir ortam oluşmaya başladı, olmadığınız anda çok anılmaya başlanıyorsunuz. Şimdi bunların gözükmesi geçmişte olanların en önemli göstergesi. Bugün Bursaspor şampiyon oldu. Forvette iki oyuncu 4 tane gol attı. Ve bir yandan da sizin 38 gol attığınız zamanlar var. Bakıyorsunuz; hepsini bir arada götürmek, saydığınız bütün özellikleri bulundurmak aslında çok büyük bir maharet. Bütün bunlara bakınca, böyle şeyler yaşamanız doğal. Yani yeteneklerinizin sabit olduğu bir ortamda, bunları hatalara ve o andaki yorgunluklara bağlıyorum. Nasıl baktığınıza bağlı... Bize de doğru baktırmadılar belli bir dönem. Ama ayrıca, inancınızdan dolayı size bir şey yakıştırmak isteyen bir zihniyet de söz konusu.

Biz sizi medyadan bu şekilde biliyoruz. Bir sürü rekoru egale ettiniz, bir sürü rekor kırdınız, Avrupa Gol Kralı oldunuz ve UEFA şampiyonluğunu yaşadınız… Ama bunların hepsinin yanında da çok eleştirilen bir Hakan Şükür var. Hem hizipçi ve kulisçi, hem de dindar bir Hakan Şükür imajı var. Sizin adınız özellikle Fethullah Gülen'le çok anıldı. Galatasaray içerisinde o kümelenmede Hasan Şaşlar, Hakan Ünsallar, Arifler ve Emrelerle beraber cuma namazına gittiğinizde medyada çokça yazıldı, çizildi sizin hakkınızda. Bu kadar başarılı olup bu kadar çok eleştiri almayı siz nasıl yorumluyorsunuz?

Eğer düzgün yaşarsa bir futbolcu, medyaya da malzeme olmamaya başlar. Hele ki inançlıysa… Netice itibariyle hizipçilik ve bu tür şeyleri yapmak çok kötü bir algıdır insanların nezdinde. Hele ki inançlı bir insan bunları yapıyor gösterilirse, "işte inançlılar böyledir…" mantığını ortaya çıkarmanın en kolay yolu bu. Çünkü siz çok düzgün yaşıyorsunuz, hakkınızda yazacak bir şey bulamıyorlar. Ön plandasınız, önemli bir pozisyondasınız, sizin üzerinizden politikalar üretiliyor. Ben bu dedikodular içinde yaşamaya çalıştım, çok üzüldüm, çok yıpratıldım. Olmayan şeyler yazıldı. Yani, çamur at izi kalsın, düşüncesiyle bir şeyler yazıyorlar; onu toparlamaya çalışırken, onunla uğraşırken yapmanız gereken işlerden geri kalıyorsunuz zaman zaman. Kaçırdığınız gollerin altında hep bu psikoloji var. Ama şimdi geriye rekorlar kaldı. Diyorlar mı ki acaba, 12 sene Galatasaray'da oynadı bu çocuk, takımı, bu kadar insanı bir arada tutmaya çalıştı, 8 tane şampiyonluk tattı, UEFA kupasını kazandı… İnsanlara bunu anlatmak lazım.

Bizim yöneticilerimiz dini terimleri konuşmalarında sıkça kullanırlar: "Maşallah", "inşallah başaracağız", "Allah yardımcı oldu"… Bu kadar çok dini terim kullanan yöneticiler sizin inançlı yönünüzden neden bu kadar çok rahatsız olsunlar? Biz mi yanlış anlıyoruz ya da onlar mı farklı bir politika çiziyorlar?

Türkiye'de iyi yönetici olduğunu düşünmüyorum. Yani kulüplerimizin iyi yönetilmediğini düşünüyorum. Her programda da bunu söylüyorum. Yönetmekle idare etmek arasında çok büyük farklılıklar var. Yöneten kişi, insanı yönetir. Çünkü belli bir insan grubuyla başarı neticelenir. İdare eden de mevcut duruma bakar, iyi gözlemler.

Bence, "politika" çok tehlikeli bir kelime; politika yapılan bir şeydir ama kelime anlamı itibariyle tehlikelidir. Bugün Türkiye'yi yöneten büyüklerimizin nasıl insanlar olduğunu çok iyi biliyoruz. Şu anda inançlı bir kesim, ülkesinin değerlerine sıkı sıkıya bağlı bir kesim yönetimde. Tabii bu grupları yönetenler de bu ülkenin işadamları. Yani bu ülkeyi tanımayan insanlar değiller. Bir yere ulaşmanın yolu olarak mı yoksa kayıtsız şartsız gönülden inanmak mı? Şimdi oradaki noktayı insanlar bir yere koyuyor. Profesyonel tarafından baktığınızda, ben Türkiye'de iyi yönetici olduğunu düşünmüyorum. Yani kulüplerimizin iyi yönetilmediğini düşünüyorum. Her programda da bunu söylüyorum. Yönetmekle idare etmek arasında çok büyük farklılıklar var. Yöneten kişi, insanı yönetir. Çünkü belli bir insan grubuyla başarı neticelenir. İdare eden de mevcut duruma bakar, iyi gözlemler.

Avrupa'ya baktığımızda, orada, örneğin dini inançlarından dolayı futbolcuların bu kadar çok eleştirilmediğini söyleyebiliriz. Onlar inançlarını yaşarlar, maça çıkmadan önce dualarını ederler, gol atar kendilerine göre selamlarını verirler; ama Türkiye'de bu olgu yoktur. Bir yandan da, ülkemizde pek çok

şey değişti, değişiyor; bu anlamda da bir değişim oldu mu sizce?

Biz, gelen yabancılara, onların inançlarına saygı gösteriyoruz. Kaldı ki, dünya barışı için herkesin inancına saygı göstermek durumundayız. Umarım gösterdiğimiz bu saygı; yol, su, elektrik olarak bize geri döner. Biliyorsunuz, Fenerbahçe kulübü çok değerli bir oyuncusuna, istersen tesislerde ibadetini yapabileceğin bir yer yapalım, diye bir teklifte bulundu. Çok güzel bir şey! Ama bu ne çelişkidir ki, inanca hoşgörüyle bakan bir ülkenin milli takımında oynayan birçok oyuncumuza namaz kıldılar diye demediklerini bırakmadılar. Bu çelişkiyi ortadan kaldıralım bir kere.

Biz bugün dünyaya açıldık, dünyaya yardım ediyoruz. Üstelik, kendimizi toparlamaya çalışırken yapıyoruz bunu. Mesela Filistin'le ilgili gerektiği şekilde tepki gösterebiliyoruz. Bu bizim tarihten aldığımız güçle doğru orantılı. Güçlü bir ulusuz, bir kere yüreğimiz güçlü. Bu yürekli insanlar arttıkça da hem maddi olarak hem manevi olarak güçlenecek ve dünyaya daha olumlu mesajlar vereceğiz. Liderimiz önemli işler yapıyor, ne olursa olsun, ülkeye yeni bir bakış açısı getirdi. Ben bunu bir gözlem olarak söylüyorum. Herhangi bir partiye mensup değilim. Benim ülkem için bir şeyler yapan, yapmaya çalışan her insana saygı duyarım. Uluslararası platformda, benim, değerlerimle kabul görmemi sağlayacak her hareketin yanındayım. Her zaman şunu söylüyorum: Batılı zihniyet bize bir kültür dayatmaya çalışmış. Her konuda Batı'ya ulaşmak çok önemli hale gelmiş. Ama Batılıdan daha çok Batılı olmak bizim kültürümüzde yer almamalı. Burada epey abarttığımızı düşünüyorum, yaşam biçiminden eğlence kültürüne kadar… Aslında o kadar düzenli bir yaşamları var ki, bizim örnek almamız gereken. Halbuki Batı bugün bize, Türkiye'nin potansiyeline, üretimine muhtaç durumdadır. Çünkü artık kısıtlanmış bir dünyada yaşıyoruz. Krizde yaşananlar ortada. Ben arkadaşlarıma hep bunları söyledim. Çok gezen tozan arkadaşlarımız vardı, genç kardeşlerimiz. Çünkü o dayatmacı zihniyet hep onu göstermek istiyor ki belli bir yapıyı bozarak o durumdan nemalanabilsin, onun üzerinden politika yürütebilsin. Mesela Arda çok canlı bir örnek… Benim için, takımda pek çok arkadaşıyla kavgalı dediler geçmişte. Oysa böyle bir durum hiç yaşanmadı. Ben hem ağabey hem de bir büyük olarak ona doğruyu anlatmaya çalıştım. Ama o bunu kabul etmiyorsa, medyayla beraber hareket ediyorsa, yapacak bir şey yok. Ben sadece düzgün olsun, kendine ve yaşamına dikkat etsin diye çaba gösterdim.



Türkiye'nin siyasi anlamda gidişatı sizce nasıl? Türkiye, dünyanın sayılı güçlerinden biri olacak mı?

Bence olur. Öyle bir gidiş var. Bunu görüyoruz. Ben de çok okuyan ve spor dışında da farklı ilgileri olan biri olarak geçmişte yaşadığımız değerleri ortaya çıkaranları takdirle karşılıyorum ve onlara saygı duyuyorum. Bütün bunları görmemekse ideolojik körlük olur sanırım. Netice itibariyle bütün dünyanın yaşadığı küresel bir krizi net bir şekilde hasarsız geçmişsiniz, bu bile farkındalık yaratıyor; ama söylenirken zorlanıyor, söyleyemiyor. Bu ülke, tarihi boyunca bu mozaikle yaşamayı, büyük zaferler kazanmayı başarmış. Tarihimize baktığınızda bunu görüyorsunuz. Bu zenginlik de zaten bizi çok daha ileriye götürecek. Öncelikle kendimizi dünyaya anlatma fırsatını verecek bize.

Bundan sonra ne yapılabilir sizce, bunu biraz da alanınızla ilgili düşünürsek, Türk futbolunun gidişatı nasıl?

Ülkemizle ilgili aslında yapabileceğimiz en önemli şey üretmek. Mesela, dikkat edin transfer arayışlarına; büyük takımlar, insanların kafasındaki idol takımlardır. Buradaki zihniyetlere baktığınızda model ortada. Yani bunlarla savaşamazsınız. Şimdi ben, bir federasyon başkanını düşünüyorum; üç-dört tane belli başlı kulübün istediği yönde hareket etmek zorundasınız, yoksa olamazsınız. Veya tam tersi olmaya kalkarsanız çok uzun süre kalamazsınız orada, en azından bugünkü yapıda. Yani onlar hissedilir ağırlığı olan, en ufak bir şeyde büyük velvele koparan zihniyette oldukları için görev yapmak zor. Bu zorluğu yaşayanlar da durumu idare etme çabasındalar. Öyle olunca bir şey yapamıyorsunuz. Yani milli takımınız istikrarsız bir süreç yaşıyor, arkadan, alttan yenileri gelmiyor… Şimdi sen federasyon olarak



Biz, gelen yabancılara, onların inançlarına saygı gösteriyoruz. Kaldı ki, dünya barışı için herkesin inancına saygı göstermek durumundayız. Umarım gösterdiğimiz bu saygı; yol, su, elektrik olarak bize geri döner. Biliyorsunuz, Fenerbahçe kulübü çok değerli bir oyuncusuna, istersen tesislerde ibadetini yapabileceğin bir yer yapalım, diye bir teklifte bulundu. Çok güzel bir şey! Ama bu ne çelişkidir ki, inanca hoşgörüyle bakan bir ülkenin milli takımında oynayan birçok oyuncumuza namaz kıldılar diye demediklerini bırakmadılar. Bu çelişkiyi ortadan kaldıralım bir kere.

birtakım yatırımları yapıyorsun, ama burayı Dubai, Katar gibi futbolunun son dönemlerinde gidilen bir ülke haline getirmek de çok hoş olmuyor açıkçası. Son zamanlarda çok önemli yıldızlar da geliyor. Futbol takımlarla oynanan bir oyun, takım olmak zorundasınız. O takımın içerisinde bir iki yıldızı idare edebilirsiniz. Ama o yıldızlar üzerinden bir politika üretme düşüncesi var şu an. Medya gücüyle insanları yine kandıracaklar. Şampiyonluk bizim için önemli, yeni stadımız… filan gibi bir hava verebiliyorsunuz insanlara, ama hiçbir şey üretmiyorsunuz. Yabancı antrenörlerin geliş amacı ise belli. Türkiye'ye geldim, çok büyük paralar kazandım ve gittim, diyen bir zihniyet var.

Ancak, iyi yönetilmek bazen doğru sonuçlar da ortaya çıkaramıyor. Çünkü futbol bir motivasyon oyunudur. Motivasyonu doğru ve iyi yakalamak zorundasınız. Mesela inanç bir motivasyondur, içinizde duyduğunuz saygı bir motivasyondur. Çok düşük ücretlerle oynuyorduk. O günkü kadroyu hatırlarsanız üniversitede tez konusu bile olmuştu; bu nasıl olur, böyle bir şey olur mu, diyorlardı. Bu nasıl oluyordu, beraberlik duygusu, güzel bir ortam, farklı bir ruh vardı. Müthiş bir arkadaşlık vardı. Farklı farklı düşünen arkadaşlar da vardı aramızda. Çok paralar ödenmiyor; çıkmayalım, oynamayalım diyenler vardı. Ama bu bizim işimiz, çıkalım ve oynayalım denmese buralara gelinmezdi. Çıkalım oynayalım, biz burada önemli bir marka oluruz. Avrupa'dan bizi isterler. Orada kazanırız. Sana bu ödevi veren işte bunun yanında psikolojini bozup bunlarla yoranlarla mücadele edince, hele de başarılı olup o büyük travmayı yaşayınca bu defa Avrupa'ya gidiyorsun.

Sen onca başarı kazanmışsın ve bir yandan da insanların yoğun eleştirisine maruz kalıyorsun. Yani kendi ülkende yabancısın. Dışarı gidiyorsun, bir işadamı gibi karşılanıyorsunuz, para kazanıyorsun. İçsel olarak sana farklı bakabilirler, onu yaşıyorsunuz. Çünkü inanca karşı bakış açısı biraz



Mesela 11 Eylül saldırılarında İtalya'daydık biz; Emre, Okan ve ben. Biz Müslüman futbolcularız, soyunma odasına girdim, bunlar yaptı, dedi bir tanesi mesela! Bilinçaltına yerleşmiş insanların. Müslümanın da Hıristiyanın da kötüsü var. Savaşların ve bir sürü kötülüğün döndüğü dünyada ne bekleyebilirsiniz ki? Kimisi de savaşlar olsun ben de bundan nemalanayım istiyor. Bizim mücadelemiz başka olmalı.

farklı. İşte bunu da Türkiye değiştirecek; yani biz iyi çalışacağız, iyi yaşayacağız, dürüst olacağız, doğru şeyler yapacağız, inancımızın gereği olan her şeyi yapacağız… İnsanlar doğru yaşantımıza bakıp, ha Müslümanlık böyle bir şeymiş, diyecekler. Bir yandan da dünyada böyle bir dayatma zihniyeti var bana göre. Bizi kötü göstermeye çalışan, en ufak bir olayda bunun sorumlusu Müslümanlardır diyen. Çünkü elinizde medya gücü varsa bunları yapabilen kurumlar oluşturulabilirse bunu yaparsınız.

Yurtdışına gittiğinde böyle tecrübeler yaşadınız mı?

Yaşadım tabii. Mesela 11 Eylül saldırılarında İtalya'daydık biz; Emre, Okan ve ben. Biz Müslüman futbolcularız, soyunma odasına girdim, bunlar yaptı, dedi bir tanesi mesela! Bilinçaltına yerleşmiş insanların. Müslümanın da Hıristiyanın da kötüsü var. Savaşların ve bir sürü kötülüğün döndüğü dünyada ne bekleyebilirsiniz ki? Kimisi de savaşlar olsun ben de bundan nemalanayım istiyor. Bizim mücadelemiz başka olmalı.

Bir takım oluşturulurken -kulüp takımında da milli takımda da-, siyasetçilerin, antrenörlerin ve yöneticilerin, futbolcuların nasıl bir katkısı olur? Yani dengeler nasıl kurulur? Şunun için soruyorum bu soruyu: Birçok kere yazıldı çizildi. Hakan takıma müdahale ediyor, yöneticilere müdahale ediyor vb. gibi. Nasıl bir denge kurulmalı burada sizce?

Bu kadar eleştirildiğim bir ortamda çıkıp takımı yönlendirmem için aptal olmam lazım. Bunu yazmalarının sebebi de şu: Maç kötü bittiyse eğer, işte takımı sen bu hale getirdin demek için. Benim niyetim genç oyuncu kardeşlerimize örnek olmaktı. Antrenmanlara düzenli gitmeyi, düzenli beslenmeyi, düzenli bir hayatı… Bunları da anlatarak değil, yaşayarak ve örnek bir model olarak yapmaya çalışıyordum. Genç oyuncu ne yapar? Antrenmana 5 dakika önce gelir, bitince ilk önce o çıkar, güzel araba alır. Bu çok doğal bir şeydir. Yani ona, böyle yap, diyen bir zihniyet vardır karşısında; yönetim açısından söylüyorum. Bu çocuk öyle bir çocuk değildir aslında, ama kendisine verilen rolü oynuyordur. Belli bir dönem yöneticiler bu şekilde yönlendiriyor onu. E, ne yapacak genç adam, gezecek, diyorlar. O zamanlar her şey güzel. Ama ne zaman ki takım kötüye gidiyor; hiçbir yönetici suçlu değil, örneğin Arda suçlu. Ben hep bu zihniyete karşı olduğum ve bunları da söyleyebildiğim için bazı yöneticiler rahatsız oluyorlar. Yani dışarıdan gelen yönetici çıkıp işte düzgün konuşsun, doğru konuşsun ama bir daha bu kulüpten içeri giremez. Kimi yöneticiler kulübü sahiplenirken abartıyor; oysa oranın tapusu kimsede değil! Benim sana ihtiyacım yok ki. Oraya benim girmemi veya benim orada olmamı sen sağlayamazsın. Ben, Galatasaray'la ilgili özellikle örnek diye söylüyorum bunları. Mesela cuma namazından çıkan bir oyuncuya, "Ne o, Hakan ağabeyiniz gibi mi olacaksın," diyorsanız, bu ne demektir ki şimdi? Adam top oynayacak, onu motive eden inancıysa bırak adam inancını yaşasın. Öteki haç çıkarıp dua ediyorsa, bizimki de onu yapsın. Sadece kendin gibi düşünenleri alırsan sen, kendin de kötü düşünüyorsan, kötü gidersin. Bana göre kötü düşündüler, kötü oldu. Ha, bu her zaman kötü olacak anlamına gelmez. Ama istikrarlı olmayacağı anlamına gelir.



Biz şu anda bir bocalama dönemi yaşıyoruz. Bu dönemin içerisinde, benim şanssızlığım o oldu. Ben çok şanslı bir insanım. Birisinin alıp sizi bir yere koyma şansının az olduğu bir ortamda yaşıyorsunuz, çünkü herkes orada olmak istiyor. Federasyon başkanlığının yüzlerce talibi var, orada olamazsınız. Ancak birinin alıp getirmesi lazım.

Siz Türkiye'de ve özellikle yurtdışında çok sevilen birisiniz. Ülkemizde böyle durumlar iyi değerlendirilmiyor maalesef. Oysa örneğin Avrupa'ya baktığımızda birçok futbolcunun adı markaya dönüşmüş durumda, yeri geliyor isim hakkını satıyor ve bundan para kazanıyor. Kaldı ki sizin gibi birinin insanlara vereceği çok mesaj olmalı.

Biz şu anda bir bocalama dönemi yaşıyoruz. Bu dönemin içerisinde, benim şanssızlığım o oldu. Ben çok şanslı bir insanım. Birisinin alıp sizi bir yere koyma şansının az olduğu bir ortamda yaşıyorsunuz, çünkü herkes orada olmak istiyor. Federasyon başkanlığının yüzlerce talibi var, orada olamazsınız. Ancak birinin alıp getirmesi lazım. Ben neden antrenörlük yapmıyorum? Oysa mesela, diplomamı almışım, kurslarımı bitirmişim. Benim diyenden çok daha iyi yapabileceğime inanıyorum. Ben çok başarılı bıraktım. Bu Başarılı bıraktığım için bu zihniyetin içerisinde bir acı var şu anda.

Futbolun dünü, bugünü ve yarınıyla ilgili yorumlarınız neler peki? Dün nasıldı, bugün gördüğünüz manzara nasıl ve sizce yarın ne olacak?

Dün dostluk vardı. Ortaya ayrı bir ruh çıkıyordu. Bugün ise para var. Çok büyük para var. Nasıl döndüğünü bilmiyorum. Allah bilir. Menajerler, yöneticiler, futbolcular… Eskiden "İddia" yoktu, bahisler yoktu. Şimdi daha farklı bir ortama gelindi. Oradan büyük paralar, büyük yerlere aktarılıyormuş. Bunlar değiştikçe, bu materyalist düşünce farklı boyuta geldikçe futbolun o özel dokusu, üzerinden kalkıyor. Sadece bununla bile her şeyi özetleyebiliriz. Paranın olup da benim anladığım değerlerin olmadığı bir ortam mı tercih edilmeli? Veya benim inandığım değerlerle, kendi değerleriyle ortaya çıkan, kendi altyapılarına eğilmiş, bu paraların buralara aktarıldığı, belki biraz insanlara sabır duygusunun anlatıldığı, dipten geliyoruz denilebildiği bir sürecin başlaması mı? Ben bunu yıllardır söylüyorum, ama bugün Hiddink geldi bunu söylüyor. Diyor ki; şu takım böyle, şöyle geldiler, altyapılarıyla başarılı oldular vs. Şimdi biz, bir ton para verdiğimiz bir adamdan bunu duyunca "Ooo," diyoruz, "ne güzel şeyler; evet, öyle yapalım." Bazı yöneticilerimizin hoşuna gitmiyordur, Hiddink'i göndermenin hesaplarını yapıyorlardır da. Çünkü rant gidecek. Bu yabancı futbolcular üzerinden çok şeyler dönüyor, büyük paralar harcanıyor. Böyle olunca da federasyon başkanı olmanın bir manası yok. Onlar yönetiyorlar, 20 milyon taraftara hitap









eden bir kulüp başkanısınız, medyada reklam veren, bütün reklam pastasını medyaya dağıtan kişi. Böyle olunca kimsenin sesini çıkaramadığı bir ortam oluşuyor, ister istemez. Bugün siyaseten ülkenin bir çok yerinde bu değişim yaşanıyor. Umarım futbolda yaşanacak, yaşanır. Eğer futbolda yaşanırsa sadece ülkenin futbol ailesini düzeltmezsiniz. Bütün Anadolu'daki insanın dahi bakış açısını değiştirirsiniz. Aslında futbol bir siyasettir. Ne kadar içine katmamaya çalışsak da, onu iyi kullanırsanız, onunla beraber insanlar sizi çok daha güzel yerlere götürebilir.

Şimdiye kadar sizinle futbol üzerine konuşuldu genelde. Biz, ülkemizin ekonomisini, siyasetini, dış politikasını da sizinle konuşalım istiyoruz. Çünkü vizyoner bir yanınız var, uluslararası camiada da çok iyi tanınıyorsunuz. Türkiye'nin bu hükümetle birlikte, özellikle Ortadoğu'da sorunlara çözüm önerileriyle gerçekten onurlu bir duruş sergileyen, duruşuyla da hakikaten hak ettiği yeri kazanan bir dış politikası var. Siz Türkiye'nin bu gidişatını nasıl yorumluyorsunuz? Bir vizyon oluştu, bu vizyonun ülkemize ve dışarıya yansıması nasıl?

Her şeyden önce mükemmel bir vizyon oluştu. Bugün, komşuluk kültürünün kalktığı bir ortamda yaşıyoruz, karşı dairemizde oturan insanı bile tanımıyoruz. Biraz daha egoist bir yaşamımız oluştu. Buradan girmemin sebebi şu: Benim başım sıkıştığında en önce kapısına dayanacağım kişi komşum olmalı. Komşuluk hakkı çok önemlidir. Ülkemiz tarih boyunca çok önemli değerlere sahip olmuş. Onun için çok büyük bir güç. Bir kere bunun farkında olmak lazım. Bunun farkında olan bir kesim gelip ülkeyi yönetmeye başlayınca da ortaya o kadar büyük güzellikler çıkmaya başladı ki. Önce komşularımızla, yakın çevremizle ilişkiler içerisine girmeyi, oradan dışarıya doğru açılmayı deneyen bir yapı oluştu, ancak buna bir kesim itiraz etmeye başladı. Ama hayatımızın içerisinde de bu siyaset var. Neden? Demek ki bazı insanların farklı hesapları var. Paranın, ekonominin dini, dili, ırkı, sağı, solu olmaz. Eğer para ülkenizi biraz geliştirecekse, eğer dostane bir şekilde birlik ve beraberlik içinde olacaksa, herkesle ticaret yapılabilir. Dünya kardeşliği adına söylüyorum bunu, herhangi bir şeye dayanmadan. Bizi senelerce dışarıya açmamışlar mesela. Bugün bir sürü işadamımız dışarıya gidiyor, yatırım yapıyor. Bu hükümetle o kadar büyük gelişmeler oldu ki, sadece Türkiye'den ibaret olmadığını gidip oralarda doğru temsiller yapıldığında, ülkemizi iyi anlatabilmenin ne demek olduğunu gördük. Tarih boyunca, bunu şimdi söyleyeceğim ama bu biraz farklı olur. Aslında çok kötü yönetimler gördük



Ben yatırımcıyım, enerji işleri yapıyorum. Yabancı yatırımcılarla görüşüyorum. Buraya gelme çabalarını gördükçe büyük mutluluk duyuyorum. Buralarda bir yerde olabilmenin, bu yatırımın içerisinde olabilmenin telaşı içerisindeler. Böyle bir şey varken, ipleri de fazla kaçırmadan bunu değerlendirebilme gayretindeyim. Bizi kendi içimize hapseden bu zihniyeti, bu kabuğu kırmamız lazım.

biz. Bu dayatmalarla yaşadığımız için genelde, en ufak bir yükselmemizde kafamıza birileri vurdu. Hem de içeriden. Sadece kendilerine ait bir şeyler olsun, çoğulcu, ülkenin her ferdiyle zengin olan bir yapısı olmasın. Bize muhtaç olsunlar, bu pastayı biz dağıtalım, istediğimiz şekilde, bizim gibi düşünenlere dendi. Oysa bunu herkes için istemektir önemli olan: Her fert zengin olsun, çoğulculuk olsun, işadamımız gitsin her yerde iş yapsın, hakimimiz, savcımız her kesimden seçilsin, her platformda her türlü insan olsun. Bunun sağlanabilmesi için de bir çaba başladı; birçok insanı farklı yerlere çekip 'ülke elden gidiyor' kisvesiyle oyunlar oynanmaya başlandı.

Peki sizin bu sivil toplum örgütleriyle ilgili düşünceleriniz nelerdir? Hem dış politikanın oluşmasında hem ekonominin gelişmesinde sivil toplum örgütleri çok büyük etkendir. Bu konuyu siz nasıl yorumluyorsunuz?

Birlikte hareket edebilmenin, ortak bir paydada buluşabilmenin faydalarını uzun vadede aslında hep beraber gördük. Paylaşmanın ne demek olduğunu, biz inancımızdan biliriz. Sonuçta herkesin bir fikri vardır, beraber olduğunuzda farklı farklı fikirlerden kendinize uyan birçok fikir çıkar; böylece doğru bir model oluşturabilirsiniz. Devlet sadece öğreten olmamalı, bu tip birlikteliklerde öğrenen de olmalı. Siz ne yapıyorsunuz? Ortada bir şikâyet, bir sıkıntı var, geniş bir toplulukla bunu dile getiriyorsunuz. Devletin belki o an göremeyeceği, kafasının meşgul olduğu bir dönemde, siz bunun faydasını anlatıyorsunuz.

Peki, Dışişleri Bakanlığı'ndan size ülkenin tanıtımıyla ilgili bir teklif geldi mi?

Gelmedi. Gelmeme sebepleri de belli; cemaatçi, tarikatçı dediler bana. İnsanlar el attığında hemen elini çekiyor, sanki ben çok sıcağım, eli yanacak zannediyor. Haliyle bunun handikaplarını yaşadım. Bunları da bir şikâyet olarak söylemiyorum, hiçbir şikâyetim de olmadı. Allah'a şükür, halimden memnunum, kimseye ihtiyacım yok. Ha, böyle mi olmalı, hayır. Benim gibi düşünmeyen birçok insanla ben arkadaşlık ediyorum, sohbet ediyorum. İnsanlar hakkında kötü düşünmüyorum. İnancım gereği öyle düşünmek zorunda hissediyorum kendimi. Hani insanlar der, birbirimizi sevmek zorunda değiliz, ama birbirimize saygı duymak zorundayız. Ben ise sevmek zorunda hissederim kendimi. Biz birbirimizi sevmezsek, birlikte hareket edemezsek, bir şey yapamayız, diye düşünüyorum. Dışişleri Bakanlığı, devlet kademesi, Başbakan gelip bana bir şey teklif etmeye



Ben, çocuklarımla beraber ayda bir Diyarbakır'a, Batman'a, Mardin'e, Urfa'ya gidiyorum. Orada bizim ailelerimiz var. Benim çocuğum Allah'a şükür her türlü imkâna sahip, her istediğini alabilecek bir çocuk. Ama biz bunları anlatamıyoruz; yani, kızım şunu dikkatli kullan, oğlum şunu şöyle yap, diyemiyoruz. Anlatmanın dışında yaşamak, göstermek çok önemli bir olgudur. Diyarbakır'da 1.500-2.000 kişi var tanıdığım, beraber sohbet ettiğim insanlar. Orada dostlarımız, akrabalarımız var. Benim çocuklarım onların sofrasına oturdu, yemek yedi. Benim çocuklarım; evinde yatağı olmayan, odası, çalışma masası, kalemleri olmayan bir çocuğa, kendi eşyalarını bir koliye koyup oradaki çocuklara bırakıyor. Çocuk paylaşmayı, beraber hareket edebilmeyi ve elindekinin kıymetini bilmeyi bu şekilde öğreniyor.

çekinir. Neden? Çünkü öyle bir yafta ki bu… Farklı kesimlerden insanlar var; bir geçiş dönemi yaşıyorlar, o yüzden doğal karşılıyorum.

Dışarıdan Türkiye'ye baktığınızda ekonomik gelişmeler, siyasi, kültürel anlamdaki gelişmeler nasıl yansıyor?

Ben yatırımcıyım, enerji işleri yapıyorum. Yabancı yatırımcılarla görüşüyorum. Buraya gelme çabalarını gördükçe büyük mutluluk duyuyorum. Buralarda bir yerde olabilmenin, bu yatırımın içerisinde olabilmenin telaşı içerisindeler. Böyle bir şey varken, ipleri de fazla kaçırmadan bunu değerlendirebilme gayretindeyim. Bizi kendi içimize hapseden bu zihniyeti, bu kabuğu kırmamız lazım. Biz dışarıya gitmeyelim, dışarıdan kimse gelmesin; bu mantık yanlış. Burası neresi? Burası bizim ülkemiz. Bizim ülkemizde her türlü yatırım olsun, her türlü imkân değerlendirilsin, insanlara istihdam sağlansın, büyük yatırımlar olsun. Kürdü, Alevisi, Sünnisi beraberce yaşasın. Herkes ekmeğini kazansın, çorbasını kaynatabilsin. Geniş katılımcılığı, çoğulculuğu sağlamaya çalışana da destek vermek lazım. Bunu ne kadar çoğaltırsak, değerlerimizi bozmadan, yapımızı sağlam tutarak, önümüz de o derece açık olacaktır.

Ben, çocuklarımla beraber ayda bir Diyarbakır'a, Batman'a, Mardin'e, Urfa'ya gidiyorum. Orada bizim ailelerimiz var. Benim çocuğum Allah'a şükür her türlü imkâna sahip, her istediğini alabilecek bir çocuk. Ama biz bunları anlatamıyoruz; yani, kızım şunu dikkatli kullan, oğlum şunu şöyle yap, diyemiyoruz. Anlatmanın dışında yaşamak, göstermek çok önemli bir olgudur. Ben çocuklarımla buraları gezerim. Diyarbakır'da 1.500-2.000 kişi var tanıdığım, beraber sohbet ettiğim insanlar. Ben Diyarbakır insanına, Urfa insanına daha farklı bakıyorum. Orada dostlarımız, akrabalarımız var. Benim çocuklarım onların sofrasına oturdu, yemek yedi. Benim çocuklarım; evinde yatağı olmayan, odası, çalışma masası, kalemleri olmayan bir çocuğa, kendi eşyalarını bir koliye koyup oradaki çocuklara bırakıyor. Çocuk paylaşmayı, beraber hareket edebilmeyi ve elindekinin kıymetini bilmeyi bu şekilde öğreniyor. Herkes bunu yapabilse keşke. O zaman Doğu'dan Batı'ya bu ülke kadar farklı bir yere gelir ki. Bana bunu sormadılar orada, çünkü insanlar bunu bir siyasi malzeme olarak kullanıyorlar genelde. Ben hayatım boyunca siyasetin içerisinde olmadım, olmayı da düşünmüyorum. Hizmet edeceksem, varsa öyle bir şey, derlerse ki sen bunu yap; kayıtsız şartsız yaparım, memleketim için. Benim çocuklarım bunu öğreniyorlar, isteyen bunun altında istediğini arasın benim için hiç problem değil.

Son bir mesaj alalım mı sizden? Spor camiasına, siyasetçilere vereceğiniz mesajla bitirelim bu söyleşiyi.

Mesaj çok basit. Sevgi ve saygının olduğu her yerde başarı da olur. İnsanlara karşı samimi olmak lazım. Bugün özellikle siyasette bunun eksik olduğunu düşünüyorum. Sevemiyoruz, belki biraz da fıtratımız gereği. Aşırı gerilen sinirler oluyor. Bunların ortadan kalkması için doğru modelleri ön plana çıkarmamız lazım.



Türkiye Ulusal Hastalık Yükü Hesaplamaları, Sonuç ve Öneriler

Prof. Dr. Seval Akgün
Halk Sağlığı Profesörü

GİRİŞ

Kanıta dayalı sağlık politikaları yardımıyla toplumun sağlık statülerinin geliştirilmesi ve sağlık hizmeti sunumundaki eşitsizliklerin ortadan kaldırılması ve kaynakların toplumun ihtiyaçlarına göre önceliklendirilmesi için ihtiyaç duyulan temel bilgiler; toplumun sağlık problemlerinin büyüklüğü ve etkisi konusunda detaylı bir değerlendirme, sağlığın gelişimi için kaynakların uygunluğu ve kaynakların mevcut durumda ne amaçla kullanıldıklarını detaylı bir şekilde analiz eden bilgiler, sağlık harcamaları ve sağlık altyapısına ait ulusal sağlık hesapları sistemi, sağlığın geliştirilmesi için uygun teknoloji ve stratejilerin maliyet-etkililiği konusundaki bilgiler ve sağlık statüsü ve sağlık belirleyicileri içerisindeki eşitsizlikler ile sağlık hizmetlerine erişim ve bu hizmetlerin kullanımı konusundaki bilgilerdir.

Ancak bu tür verilerin eksikliğinden dolayı birçok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkede, sağlık yatırım ve harcamalarının bölgesel dağılımı, bölgenin sağlık gereksinimlerinden çok, politik karar süreçlerine ve önceki yıllardaki bütçe düzenlemelerine göre yapılmaktadır. Bu bağlamda, halk sağlığı ve sağlık planlaması açısından bölgesel gereksinimlerin değerlendirilip, kaynak dağıtımı sürecinde karar mekanizmalarına yardımcı olabilecek, bilimsel yöntemlerin geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır.

Zamana bağlı sağlık durumu ölçütleri konusunda son otuz yıldır süregelen bilimsel çalışmaların ardından, 1993 yılında tamamlanıp yayınlanan Küresel Hastalık Yükü (KHY) çalışması ile ortaya atılan hastalık yükü kavramı ve bu kavramın ölçütü olarak önerilen DALY, (Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılı) sağlık planlamacılarına, toplumsal sağlık gereksinimlerini daha geniş anlamda saptamayı olası kılan yeni bir yaklaşım sunmaktadır. Murray ve Lopez (1996) global düzeyde sağlık politikası ve öncelikleri konusunda bilgi elde etmek için nüfus sağlığının yeni bir özet ölçümünü, Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılı, DALY'yi geliştirmişlerdir. DALY, 1990 yılında global hastalık ve yaralanma yükünün geniş çaplı bir değerlendirmesini elde etmek amacıyla kullanılmış, daha sonra Dünya Sağlık Örgütü tarafından global sağlık planlamasını gerçekleştirebilmek amacıyla kullanılmaya başlanmıştır. DALY, bir kişinin erken ölmesi nedeni ile kaybetmiş olduğu yıllar ile herhangi bir rahatsızlığı nedeni ile sakat olarak sürdürdüğü yaşam yıllarının birlikte ifade edildiği bir ölçüttür. DALY hem maliyet hem de sağlık etkilerinin beraberce kullanıldığı bir ölçüt olduğundan farklı sağlık müdahaleleri sonucu ilave sağlıklı bir yaşam yılı üretebilmek için gerekli maliyetlerin karşılaştırılmasına da yardımcı olmaktadır. Toplumdaki belirli hastalıkların yükünü (DALY) hesaplamanın sağladığı avantajlardan bazıları aşağıda sıralanmaktadır;

DALY, 1990 yılında global hastalık ve yaralanma yükünün geniş çaplı bir değerlendirmesini elde etmek amacıyla kullanılmış, daha sonra Dünya Sağlık Örgütü tarafından global sağlık planlamasını gerçekleştirebilmek amacıyla kullanılmaya başlanmıştır.

1. Sağlık bakım sisteminde karar verici mekanizmaların, sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunumunda gerekli olan toplumsal öncelikleri saptamalarına yardımcı olmak,
2. Toplumda risk altındaki ve sağlık hizmetlerine öncelikli gereksinimleri olan grupların saptanmasına yardımcı olmak,
3. Halk sağlığı çalışanlarının eğitimlerinin geliştirilip güncellenmesine yardımcı olmak,
4. Hastalık yükü ölçütlerini, sağlık programlarının planlanıp değerlendirilmesinde karşılaştırabilir birimler olarak kullanmak,

5. Uluslararası karşılaştırmalar yapabilmek, farklı sağlık sistemlerinin performanslarını değerlendirip, diğer sosyal, ekonomik, politik ve kültürel değişkenlerle ilişkileri incelemektir.

DALY-SAKATLIĞA AYARLANMIŞ YAŞAM YILI

DALY toplum sağlığının ölçüm özetini, örneğin mortalite ve ölümcül olmayan sağlık çıktılarının tek bir sayı ile temsil edilmesi için birleştiren bir ölçüttür. DALY kavramı, çeşitli hastalıkların neden olduğu prematür ölümler ile ölümle sonuçlanmayan, ancak uzun dönemli sakatlık ve işlev kaybına neden olan hastalık durumlarının yol açtığı hastalık yükünün, tek bir ölçüt ile değerlendirilebilmesini amaçlamaktadır. Diğer bir deyişle DALY insidans/prevalans perspektifine dayalı kalarak hem çeşitli hastalıkların neden olduğu erken ölümlerden dolayı kaybedilen yaşam yılları, hem de ölümle sonuçlanmayan durumlarda hastalık, kaza veya yaralanmaların neden olduğu işlev kaybı ve sakatlıkları bir arada değerlendirmeye yarar.

Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde, mortalitenin giderek azalması ve yaşam boyu değişik derecelerde işlev kaybına neden olan kronik hastalıkların giderek yaygınlaşması, önerilen bu hastalık yükü kavramının önemini daha da arttırmaktadır. DALY, erken ölümden doğan kaybedilen yaşam yılları, sakatlık ya da iyi olmayan sağlık durumundan dolayı sağlıklı yaşam yıllarının kaybını da kapsar. "Bir DALY", "Bir sağlıklı yaşam yılından kayıp" anlamına gelmektedir. Bir DALY şu şekilde hesaplanmaktadır; önce nüfustaki erken mortaliteden dolayı kaybedilen yaşam yıllarının toplamı bulunup daha sonra sakatlıkla kaybedilen yaşam yılları ile toplanır. DALY, nüfus düzeyinde YLL ve YLD toplamıdır ve bu nüfustaki hastalık yükünü etkiler. Bu araştırmada DALY hesaplamasında kullanılan formül;

Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde, mortalitenin giderek azalması ve yaşam boyu değişik derecelerde işlev kaybına neden olan kronik hastalıkların giderek yaygınlaşması, önerilen bu hastalık yükü kavramının önemini daha da arttırmaktadır. DALY, erken ölümden doğan kaybedilen yaşam yılları, sakatlık ya da iyi olmayan sağlık durumundan dolayı sağlıklı yaşam yıllarının kaybını da kapsar.

Bu formülde;

$$DALY = -\left[\frac{DCe^{-ba}}{(b+r)^2}\right]\left[e^{-(b+r)L}\left(1+(b+r)(L+a)\right)-\left(1+(b+r)a\right)\right]$$

r = iskonto oranı (r = 0,03)
a = hastalığın başlama yaşı
L = hastalığın süresi
D = engellilik oranı
C = yaş-ağırlığı fonksiyonu düzeltme faktörü (C = 0,16243)
é = yaş-ağırlığı fonksiyonu parametresi'ni (é = 0,04) temsil eder.

DALY hesaplama çalışmalarında mevcut, elde edilebilir bilgileri kullanarak, hastalık ve sakatlıklar ile önemli risk faktörlerinin ölümcül ve ölümcül olmayan etkilerini dikkate almak, seçilmiş bazı hastalıklara özgü bu hesaplamaların yapılabilmesi için gerekli olan çalışmaların planlanması açısından önem taşımaktadır. Öncelikle analiz edilecek hastalık kategorileri ve kodlama sistemi, yaş grupları, cinsiyet ve analiz için temel alınan yıl, tahmin yapılacak bölgeler ile sosyal değerlerin (kalan yaşam beklentisi, indirgeme oranı, yaş ağırlıkları ve sakatlık ağırlıkları) tespiti önemlidir

YÖNTEM

DALY hesaplamalarının gerçekleştirilebilmesinde üç temel ilke söz konusudur ve bu araştırmada bu yöntem uygulanmıştır;

1. Türkiye'nin yaşa ve cinsiyete özel ölüm hızlarını çıkartmak ve buna bağlı olarak referans yıla özgü yaşam tablolarını hazırlamak, böylece toplam yıl ortası nüfusu, yaş ve cinsiyete özgü toplam ölüm sayılarını elde etmek.
2. Türkiye'nin yaşa, cinsiyete ve nedene özel ölüm yapısını tahmin etmek.
3. Hastalık bazında sistematik epidemiyolojik değerlendirmeler sonucu insidans, prevalans, hastalık süresi, remisyon ve vaka ölümlülüğü konusunda tahminler geliştirmektir.

Hastalık yükü hesaplamalarının ilk aşamasında nüfus ve ölümle ilgili tüm veri kaynaklarının ayrıntılı analizi gerçekleştirilmek zorundadır. Bu amaçla ilkin YLL ve DALY hesaplamaları için gerekli olan, Türkiye'nin nüfus yapısı, yaşam tabloları, mortalite ve ölüm nedenleri analizleri gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada Nüfus ve Ölüm Nedeni Analizlerini gerçekleştirebilmek için aşağıdaki veri kaynakları kullanılmıştır.

1- Hayati İstatistikler: Yaşa ve nedene özel ölüm hızla-



Türkiye'de her beş yılda bir yapılan nüfus ve sağlık araştırmaları özellikle beş yaş altı ölümlülüğünde önemli bir veri kaynağıdır. Ayrıca çalışmamız kapsamında tüm Türkiye'yi temsil eden bir örneklem üzerinde 12.000 hanede Dünya Sağlık Araştırması gerçekleştirilmiştir. Hane halkı araştırmasından elde edilen bulgular bu araştırmada hem ölüm analizlerinde hem de DALY'nin Sakatlıkla Kaybedilen Yaşam Yılı (YLD) kompenenti için gerekli olan hastalıkların insidanslarının belirlenmesinde önemli bir veri kaynağı olmuştur.

rının hesaplanması için en iyi veri kaynağı ülkede yaşayan nüfusta meydana gelen ölümlerin en az % 70'ini kaydeden ulusal hayati istatistiklerin varlığıdır. Bu tür verilerde mutlaka ölüm nedenlerinin ayrıntılı kayıt edilmesi gerekmektedir. Aynı zamanda bu verilerin yaşa ve cinsiyete göre ölüm sayılarına ilişkin tam verilerin toplanmasına olanak tanıması da son derecede önemlidir. Türkiye nüfus sayımları ve il ve ilçelerde meydana gelen ölümler her yıl Türkiye İstatistik Kurumu tarafından yayınlanır.

2- Hane Halkı Araştırması: Türkiye'de her beş yılda bir yapılan nüfus ve sağlık araştırmaları özellikle beş yaş altı ölümlülüğünde önemli bir veri kaynağıdır. Ayrıca çalışmamız kapsamında tüm Türkiye'yi temsil eden bir örneklem üzerinde 12.000 hanede Dünya Sağlık Araştırması gerçekleştirilmiştir. Hane halkı araştırmasından elde edilen bulgular bu araştırmada hem ölüm analizlerinde hem de DALY'nin Sakatlıkla Kaybedilen Yaşam Yılı (YLD) kompenenti için gerekli olan hastalıkların insidanslarının belirlenmesinde önemli bir veri kaynağı olmuştur.

3- Sözel Otopsi: Ölüm nedenlerinin tüm ülke geneli için toplanamadığı durumlarda, sözel otopsi (SO) yöntemi kullanılabilir. Bu yöntemde her ölümle ilgili bulgu ve belirtilerden giderek bireyin ailesinden elde edilen verilerle ölümün temel nedenini saptamak mümkündür. SO aşağıda belirtilen üç varsayıma dayanmaktadır Bu çalışma kapsamında Sözel Otopsi Araştırmasında DSÖ tarafından hazırlanan mortalite modülü soruları "London School of Public Health and Hygene" tarafından geliştirilen mortalite soruları ile birlikte Ürdün Sözel Otopsi Anketi'nden yararlanılarak geliştirilen anket kullanılmıştır. Ulusal Sağlık Araştırması'nın bir bileşeni olan bu araştırmada, örnekleme çıkan hanelerde ve bu hanelerin 2 öncesi ve 2 sonrası komşu hanelerde olmak üzere 250.000 kişi ile görüşülmüş, son bir yıl içerisinde, meydana gelen ölümler hakkında çeşitli bilgiler toplanmıştır. Bu ölümlere ek olarak, örnekleme çıkan cevaplayıcının son bir yıl içinde o hanenin dışında ölmüş olan kardeşleri için de aynı bilgiler toplanmıştır.

4- Epidemiyolojik Tahminler: Nedene özel yaş ve cinsiyete göre mortalite tahminleri, nedenin epidemiyolojik bilgilerine bağlı olarak yapılabilir. Bu tahminlerde DISMOD adı verilen Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen bir software kullanılmıştır.

5- Ölüm Nedeni Modelleri: Nedene özel mortaliteyi tahmin etmede herhangi bir verinin eksikliği durumun-

da ölüm nedeni modellerinin kullanılması uygundur. Bunlar kişi başına düşen gelir gibi diğer bilgiler ile belirli bir yaş ve cinsiyet grubu için toplam mortalite düzeyine bağlı olarak mortalitenin neden yapısını tahmin eden modellerdir. Bir dizi denklem üzerine kurulan bu modeller yardımıyla verilerin yeterli olmadığı ülkelerde de ölüm nedenlerini doğru bir biçimde belirleyebilmek mümkündür.

6- İkincil Veri: DALY hesaplamalarında gerekli olacak bazı veriler, hane halkı araştırması ve sözel otopsiden elde edilen veriler yanında ikincil veri toplama sisteminden de gerekli uygulamalar sonrası alınabilir. Bu kapsamda, Sağlık Bakanlığı'nın yayınlanmış raporları ve dokümanları, uluslararası ve ulusal MEDLINE taraması, üniversiteler ve diğer bilimsel kuruluşların makalelerinin bulunduğu dergiler ile Türk sağlık ve hastalık durumları ile ilgili raporlar, hastalık yükü konuları ile ilgili Türkiye'deki araştırmalar ve tez sonuçları, hastalık yükü konuları ile ilgili Türkiye'de ve uluslararası alanda yapılmış kongre bildirileri ve konu ile ilgili olan diğer sağlık ve epidemiyolojik dokümanlar dahil toplam 20.000'den fazla belge taranmış ve en uygun olanlar 486 hastalık ve sekelinin hastalık yükünün hesaplanmasında kullanılmıştır. Ayrıca hastalık modelleri çerçevesinde geliştirilen hastalık kategorileri ve sekelleri ve DISMOD programında hesaplamalarda kullanmak üzere seçilen parametreler konusunda fikir birliğine varmak ve ikincil datanın değerlendirilmesi sonucu eksik olan bazı bilgilere ulaşabilmek amacıyla *uzman paneller* gerçekleştirilmiştir.

SONUÇLAR

1- Kaybedilen Yaşam Yılı (Years of Life Lost, YLL) Hesaplanması

KHY çalışmalarının en önemli kısmı YLL hesaplamalarıdır. Çünkü erken ölümlere bağlı mortalite, hastalık Yükünün (DALY) 2/3'ünü oluşturur. DALY hesaplamalarında ulusal nüfusun ve ölümlerin doğru bir biçimde saptanması şarttır. Bu nedenle öncelikle Türkiye kentsel, kırsal, beş bölge ve toplam için yaşam tabloları yapılmıştır. Yaşam tablosu mortalitenin en kapsamlı tanımıdır. Bir yaşam tablosundan elde edilen temel istatistiki veri o toplumun doğumdaki yaşam beklentisidir. Yaşam tablosu bir dizi yaşa özel ölüm hızından faydalanarak oluşturulmaktadır. Ayrıca genellikle cinsiyetler arasında mortalite düzeyleri açısından önemli farklılıklar olmasından dolayı ölüm hızlarının kadın ve erkekler için ayrı ayrı hesaplanması gerekmektedir. Bu projede DSÖ modifiye edilmiş logit yaşam tablosu tekniği yardımı ile geliştirilen yaşam tabloları sonuçları ve gelişmiş ülke verileri ile karşılaştırılması Tablo 1'de yer almaktadır.

Bir yaşam tablosundan elde edilen temel istatistiki veri o toplumun doğumdaki yaşam beklentisidir. Yaşam tablosu bir dizi yaşa özel ölüm hızından faydalanarak oluşturulmaktadır. Ayrıca genellikle cinsiyetler arasında mortalite düzeyleri açısından önemli farklılıklar olmasından dolayı ölüm hızlarının kadın ve erkekler için ayrı ayrı hesaplanması gerekmektedir.

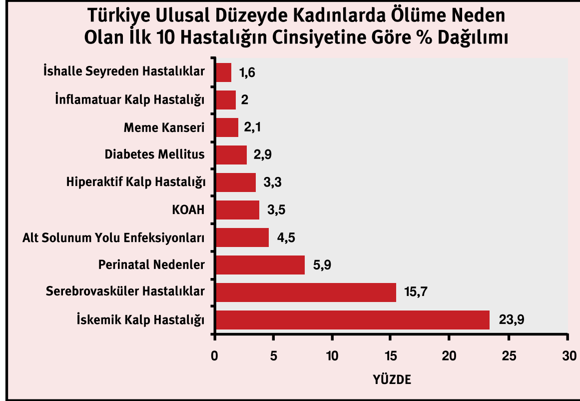
2- Türkiye Ölüm Hızları ve Nedenleri Analizi

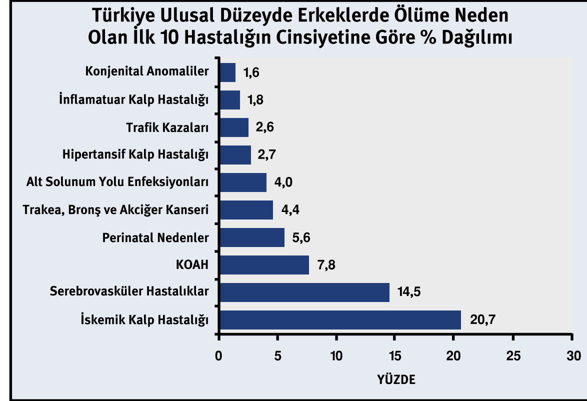
Ölüm nedenleri analizini gerçekleştirirken öncelikle Türkiye'de il ve ilçe merkezlerinden gelen ölüm istatistikleri üzerinde çalışılmıştır. Hastalıklar 3 grup altında toplanmıştır. Bu gruplar;

Grup I: Bulaşıcı hastalıklar; maternal ve perinatal nedenler ve beslenme yetersizliğine bağlı ortaya çıkan hastalıklar.

	Erkekler			**Kadınlar**		
	e0 (doğumda beklenen yaşam süresi)	**5q0 (‰)** (5 yaş altı ölüm hızı)	**45q15 (‰)** (15-60 yaş ölüm olasılığı)	**e0** (doğumda beklenen yaşam süresi)	**5q0 (‰)** (5 yaş altı ölüm hızı)	**45q15 (‰)** (15-60 yaş ölüm olasılığı)
Kırsal alan	66,22	53	199	69,13	50,99	154
Kentsel alan	68,63	39,99	170	73,81	37,99	90,99
Ulusal	67,69	44,89	180,22	71,94	42,9	114,03
Gelişmiş ülkeler	75,5	7	124	81,6	6	65

Tablo 1: Türkiye Ulusal, kentsel, kırsal bölge için cinsiyete göre mortalite tahminleri, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerle karşılaştırılması, 2000, Türkiye





Grafik 1: Türkiye, ulusal düzeyde kadın ve erkeklerde ilk 10 ölüm nedeni

Grup I: Bulaşıcı hastalıklar; maternal ve perinatal nedenler ve beslenme yetersizliğine bağlı ortaya çıkan hastalıklar. Grup II: Bulaşıcı olmayan hastalıklar; kalp damar sistemi hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları, endokrin, nutrisyonel ve metabolik hastalıklar, duyu organ bozuklukları, genito-üriner sistem hastalıkları, malign neoplazmalar, kas, iskelet sistemi ve nörolojik bozukluklar, nöropsikiatrik bozukluklar ve ağız ve diş sağlığı bozuklukları. Grup III: İstemli ve istemsiz yaralanmalar; bu doğrultuda eldeki mevcut tüm veri kaynaklarında yer alan hastalıklar bu üç grup hastalık altında değerlendirilmiştir.

Grup II: Bulaşıcı olmayan hastalıklar; kalp damar sistemi hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları, endokrin, nutrisyonel ve metabolik hastalıklar, duyu organ bozuklukları, genito-üriner sistem hastalıkları, malign neoplazmalar, kas, iskelet sistemi ve nörolojik bozukluklar, nöropsikiatrik bozukluklar ve ağız ve diş sağlığı bozuklukları.

Grup III: İstemli ve istemsiz yaralanmalar; bu doğrultuda eldeki mevcut tüm veri kaynaklarında yer alan hastalıklar bu üç grup hastalık altında değerlendirilmiştir. Bu amaçla Türkiye'de ölüm nedenleri ile ilgili mevcut literatür gözden geçirilmiş ve öncelikle Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TUİK) 1998-2000 yılı verileri her hastalık bazında karşılaştırmalar yapılarak değerlendirilmiş, Türkiye kentsel bölge yaşam tabloları geliştirilmiş, yaşa ve cinsiyete özel ölüm hızları hesap edilmiştir. Türkiye kırsal alan ölüm sayıları ve nedenleri ile ilgili herhangi bir veri olmadığı için ölüm nedenleri tahmininde kullanılan modellerden yararlanılmıştır. Bu nedenle öncelikle Türkiye kırsal alan için geliştirilmiş yaşam tablosundan, yaşa ve cinsiyete özel ölüm hızları elde edilmiştir

Daha sonra, Türkiye kırsal alan için üç grup hastalık oranları Türkiye kentsel alan için gerçekleştirilmiş dağılım dikkate alınarak, kırsal alan için de yapılmıştır. Bir sonraki aşamada, Türkiye kırsal alan için kişi başına düşen gayri safi yurtiçi hasıla bulunmuştur. Bu amaçla 81 ilin Türkiye 2000 yılı kişi başına düşen gayri safi yurtiçi hasılaları listelenmiş, dolara dönüştürülmüş, daha sonra illerin kentsel, kırsal dağılımları elde edilmiştir. 81 il içinde kırsal dağılım yüzdesi % 50'nin üzerinde olan ve kişi başına düşen gayri safi yurtiçi hasılası 2500 doların altında olan iller Türkiye kırsal alanı olarak kabul edilmiştir. Bu üç değişkenin CODMOD programına girilmesi ile üç grup altında incelediğimiz hastalıklara yönelik Türkiye kırsal alan ölüm nedenleri dağılımı üç ana hastalık grubuna göre elde edilmiştir. Tüm bu değerlendirmeler sonucu, kentsel ve kırsal alan için 2000 yılında Türkiye'de toplam 430.459 ölüm gerçekleştiği hesap edilmiştir.. Türkiye için ulusal düzeyde yaşa, cinsiyete ve nedene özel ölüm sayıları bulunmuştur.

Türkiye ulusal, kentsel ve kırsal alanlar için ölüme neden olan ilk 10 hastalık incelendiğinde, tüm düzeylerde ilk sırada iskemik kalp hastalığı (sırasıyla % 21,7, % 22,1 ve % 21,2) yer alırken, ikinci sırada serebrovasküler hastalıklar (% 15, % 14,6 ve % 15,3) yer almaktdır. Üçüncü sırada ulusal düzeyde KOAH (% 5,8), kentsel alanda perinatal nedenler (% 5,7) ve kırsal alanda KOAH (% 6,5) bulunmaktadır.

Grafik 1'de Türkiye ulusal düzeyde kadın ve erkeklerde ilk 10 ölüm nedeni yer almaktadır. Türkiye'de tüm yaş gruplarında erkek ve kadınlarda birinci ölüm nedeninin iskemik

kalp hastalıkları olduğu görülmektedir. Erkeklerde ölümlerin % 20,7'si iskemik kalp hastalıklarına bağlı olurken bu oran kadınlarda % 22,9'dur. İkinci sırada olan serebrovasküler hastalıklardaki bu yüzdeler sırasıyla % 14,5 ve % 15,7'dir. Erkek ölümlülüğünde üçüncü sırada KOAH'a bağlı solunum sistemi hastalıklarının (% 7,8) olduğu görülmektedir. Bu oran kadınlarda % 3,5'lik bir yüzde ile beşinci sırada yer almaktadır. Trakea, bronş ve akciğer kanseri erkek ölümleri arasında % 4,4'lik bir yüzde ile beşinci sırada yer alırken, kadınlarda meme kanseri ölüm nedenleri arasında sekizinci sırada görülmektedir. Her iki grupta da trafik kazaları önemli ölüm nedenleri arasında belirlenmiş olup, erkeklerde sekizinci sırada, kadınlarda on dördüncü sırada yer almaktadır. Ölüm nedenleri arasında önemli diğer bir neden ise her iki grupta sırasıyla on birinci ve yedinci sırada bulunan diabetes mellitusdur.

Grafik 2'de ise Türkiye ulusal düzeyde ölüm nedenlerinin hastalık grupları, Avrupa Birliği ülkeleri ve gelişmiş ülkelerle karşılaştırması yer almaktadır.

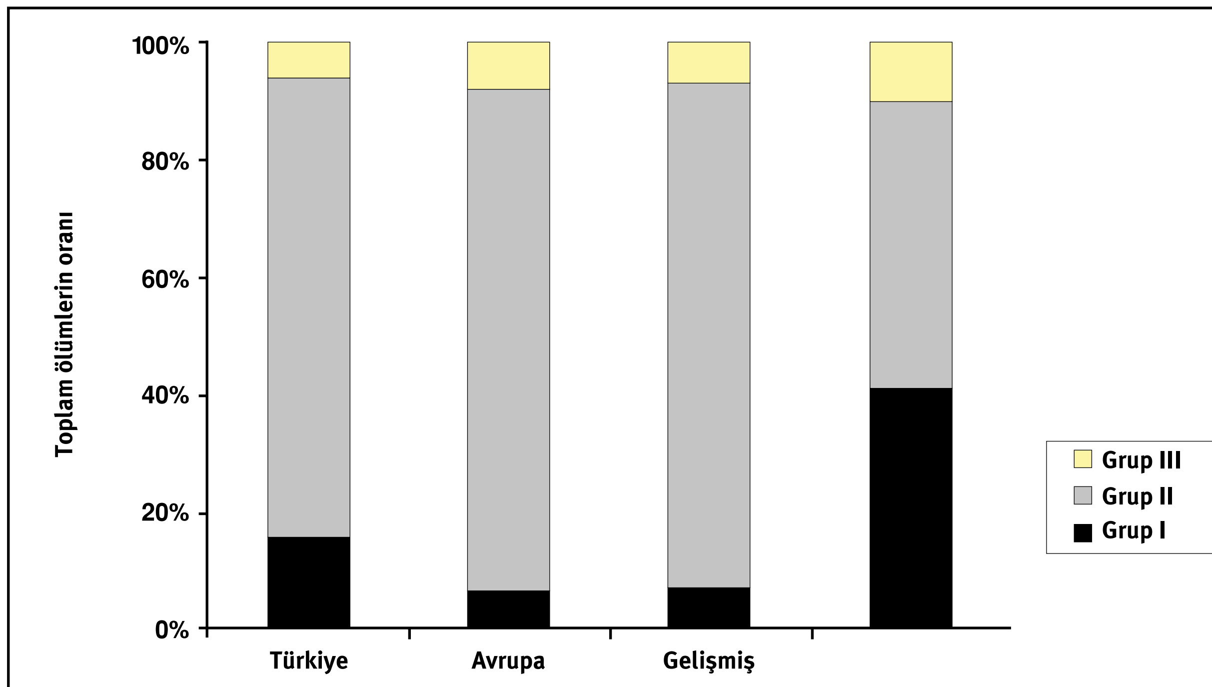
Grafik 2'de Türkiye Ulusal düzeyde gerçekleşen ölüm nedenlerinin hastalık gruplarına göre yüzde dağılımı ve bu dağılımın Avrupa Birliği, gelişmiş ülkeler ve gelişmekte olan ülke paternleri ile karşılaştırılması sunulmaktadır. Bu karşılaştırmada görüldüğü üzere ulusal düzeyde ölüm paternleri gelişmekte olan ülkelerden çok gelişmiş ülkelere benzer bir dağılıma sahiptir. Ulusal düzeyde ölüm nedenlerinin % 15,5'i I. grup hastalıklara, % 78,7'ü II. grup hastalıklara ve % 5,8'i III. Grup hastalıklara bağlıdır. Avrupa Birliği ülkelerinde I. Grup hastalıklar % 6,3, II. Grup hastalıklar % 85,6, III. Grup hastalıklar ise tüm ölüm nedenleri içerisinde % 8,1'lik bir dağılıma sahiptir. Gelişmiş ülkelerde toplam ölümlerin % 7'si I. Grup, % 86'sı II. Grup, % 7'si III. grup nedenlere, gelişmekte olan ülkelerde % 41'i I. Grup, % 50'si II. Grup ve % 9'u III. Grup ölüm nedenlere bağlıdır.

3- Sakatlıkla Kaybedilen Yaşam Yılları (YLD) Hesaplamaları

KHY çalışmasında *Years Lost with Disability* (Sakatlıkla Kaybedilen Yaşam Yılı) YLD'nin tahmin edilmesi en zor aşamadır. Hastalık yükünün YLD bileşeninin hesaplanmasında Şema 1'de sunulan aktiviteler gerçekleştirilmiştir. Değerlerin iç tutarlılığının kontrolü DISMOD programı yardımıyla kontrol edildikten sonra, elde edilen formüllerde yerine konularak hesaplamalar gerçekleştirilmiştir.

4- Türkiye DALY Dağılımları

Tüm bu hesaplamalar sonrası Türkiye ulusal, kırsal, kentsel ve beş bölge için DALY hesaplamaları gerçekleştirilmiştir. Türkiye'de saptanan toplam hastalık yükü 10.802.494'tür. Belirlenen bu hastalık yükünün 2.086.527 DALY'sinin kardiyovasküler hastalıklara bağlı olduğu, bunu nöropsikiatrik hastalıkların 1.437.956 DALY ile izlediğini daha sonraki sıraları ise 1.206.637 ile HIV/AIDS hariç diğer enfeksiyon hastalıkları ve yaralanmaların (1.165.807) aldığı görülmektedir.



Grafik 2: Türkiye ulusal düzey toplam ölümler içerisinde bastalık gruplarının yüzde dağılımının Avrupa Birliği, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerle karşılaştırılması, 2000.

Ölüm nedenleri arasında hem kentsel hem kırsal alanda birinci sırada, hastalık yükü açısından ikinci sırada yer alan kalp ve dolaşım sistemi hastalıklarının özellikle iskemik kalp hastalığı ve serebrovasküler olayların Türkiye için ciddi sorun oluşturduğu ve bu hastalıklara yönelik verilen koruyucu ve tedavi edici hizmetlerde bazı sorunlar olduğu bilinen bir gerçektir.

	Türkiye Ulusal		**Türkiye Kentsel Alan**		**Türkiye Kırsal Alan**	
	DALY nedenleri	**(%)**	*DALY nedenleri*	**(%)**	*DALY nedenleri*	**(%)**
1	Perinatal Nedenler	8,9	Perinatal Nedenler	8,2	Perinatal nedenler	9,9
2	İskemik Kalp Hastalığı	8	İskemik Kalp Hastalığı	7,6	İskemik Kalp Hastalığı	8,5
3	Serebrovasküler Hastalıklar	5,9	Serebrovasküler Hastalıklar	5,5	Serebrovasküler Hastalıklar	6,5
4	Unipolar Depresif Hastalıklar	3,9	Unipolar Depresif Hastalıklar	4,4	Alt Solunum Yolu Hastalıkları	4,4
5	Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	3,8	Konjenital Anomaliler	3,5	Unipolar Depresif Hastalıklar	3,2
6	Konjenital Anomaliler	3	Osteoartritler	3,2	KOAH	3
7	Osteoartritler	2,9	Alt Solunum Yolu Hastalıkları	2,9	İshalle Seyreden Hastalıklar	2,7
8	KOAH	2,8	Trafik Kazaları	2,7	Osteoartritler	2,5
9	Trafik Kazaları	2,4	KOAH	2,6	Konjenital Anomaliler	2,2
10	Demir Eksikliği Anemisi	2,1	Demir Eksikliği Anemisi	2,2	Trafik Kazaları	2,2

Tablo 2. Türkiye ulusal, kentsel ve kırsal alanda DALY'e neden olan ilk 10 hastalığın % dağılımlarının karşılaştırılması (uhy-me çalışması, 2000, Türkiye)

DALY sıralamasında tüm yaş gruplarında ilk sırada % 8,9 ile perinatal nedenler, ikinci sırada % 8 ile iskemik kalp hastalığı, üçüncü sırada ise % 5,9 ile serebrovasküler hastalıklar bulunmaktadır. Bunu sırasıyla unipolar depresif hastalıklar, alt solunum yolu enfeksiyonları ve konjenital anomaliler takip etmektedir (Tablo 2, Grafik 3)

Türkiye ulusal düzey, kentsel ve kırsal alanlar için DALY'e neden olan ilk 10 hastalık incelendiğinde, tüm düzeylerde her iki cinsiyet birlikte değerlendirildiğinde ilk sırada Perinatal nedenler (sırasıyla % 8,9, % 8,2 ve % 9,9) yer alırken, ikinci sırada iskemik kalp hastalığı (% 8, % 7,6 ve % 8,5) yer almaktadır. Üçüncü sırada serebrovasküler hastalıklar (% 5,9, % 5,5 ve % 6,5) bulunmaktadır. (Grafik 3)

Türkiye'nin ulusal hastalık yükü gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerle karşılaştırıldığında ülkemizin gelişmekte olan ülkelerden çok gelişmiş ülkelere benzer bir hastalık yüküne sahip olduğu Grafik 4'te görülmektedir. Türkiye'nin toplam hastalık yükünün % 25,3'ü I. Grup hastalıklardan oluşurken, bu gelişmekte olan ülkelerde % 47,6 civarındadır. Türkiye'de hastalık yükünün % 63,9'unu II. Grup hastalıklar oluştururken bu oran diğer Avrupa Birliği ülkelerinde % 76,2, gelişmiş ülkelerde 78,2, gelişmekte olan ülkelerde %40,1'dir. III. Grup hastalıklar toplam hastalık yükünün Türkiye'de % 10,8'ni, gelişmiş ülkelerde % 12,8'ini ve gelişmekte olan ülkelerde % 12,3'ünü oluşturmaktadır.

TARTIŞMA VE ÖNERİLER

Hastalık yükü kavramı ve bunun ölçütü olan DALY'lerin geliştirilmesinin temel amacı, sağlık planlayıcılarının, toplumun gereksinimlerini saptarken sadece mortalite verilerini değil, morbiditelerini de göz önünde bulundurmalarını sağlamaktır. Gerçekten de son yıllarda hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde mortalite eğilimlerinin düşme eğiliminde olması, bununla birlikte bireylerde uzun süreler boyunca engellilik durumları oluşturan kronik hastalıkların artması, toplumların sağlık gereksinimlerinin saptanmasında yeni yöntemler geliştirilmesini zorunlu kılmaktadır.

Bu çalışmada elde edilen sonuçlara göre Türkiye'de perinatal nedenler ve ikinci grup, kronik hastalıklar olarak tanımladığımız, kalp ve dolaşım sistemi hastalıkları, solunum yolu hastalıkları, neoplaziler, osteoartritler ve ruh sağlığı hastalıkları önemli halk sağlığı sorunları olarak göze çarpmaktadır. Bu hastalıklardan ruh sağlığı bozuklukları ve osteoartritler genelde ölümcül olmamalarına rağmen, toplumdaki bireylerin uzun süreli değişik derecelerde engelli yaşam sürmelerine neden olmaktadır.

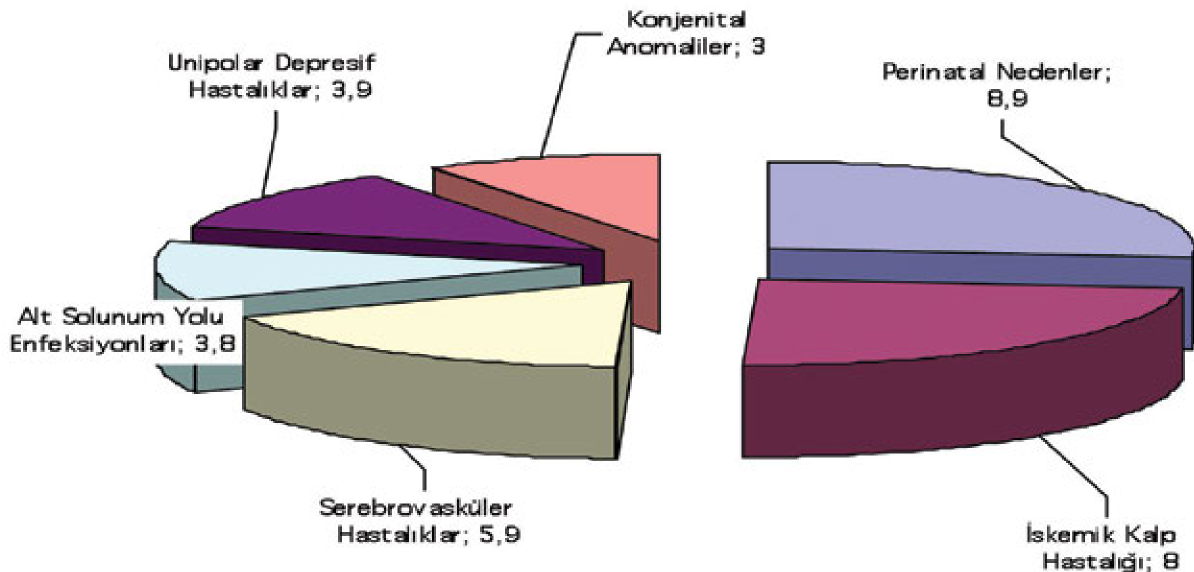
Özellikle 0-14 yaş grubu çocuklarda olmak üzere hastalık yükü oluşturan en önemli neden perinatal nedenler olarak gruplandırabileceğimiz düşük doğum ağırlığı, asfiksi, doğum travması gibi nedenlerdir. Beslenme yetersizliğine bağlı olguların, özellikle 0-14 yaş grubu çocuklar ve 15-59 yaş grubu kadınlarda demir eksikliği anemisinin ve 0-14 yaş grubu çocuklarda kronik malnutrisyon olarak tanımlayabileceğimiz bodurluğun hastalık yükü oluşumunda üst sıralarda yer aldığı görülmektedir. 60 yaş ve üzeri grupta hastalık yükü oluşumunda önemli bir yer işgal eden kas ve iskelet sistemi ve sinir sistemi hastalıklarından özellikle inme ve osteoartrit gibi hastalıkların uzun süreli tıbbi bakım ve rehabilitasyon gerektiren sağlık sorunları olmaları dolayısıyla sağaltımlarının da masraflı olması beklenen bir durumdur.

Ülkemizde kalp ve dolaşım sistemi hastalıkları mortalite ve morbiditesine ilişkin veriler son derece eksiktir. Ülkemizdeki mortalite istatistikleri ile ilgili rakamlar da gerçeği göstermekten uzaktır. TÜİK'in verileri sadece il ve ilçe merkezleriyle sınırlıdır, üstelik başlıca nedenlere ve seçilmiş 50 nedene göre ölümleri yeterince sınıflayamamakta, kalp kökenli ölümlerin çoğunluğunu "kalp hastalıklarının diğer şekilleri" gibi bir kategori altında toplamaktadır.

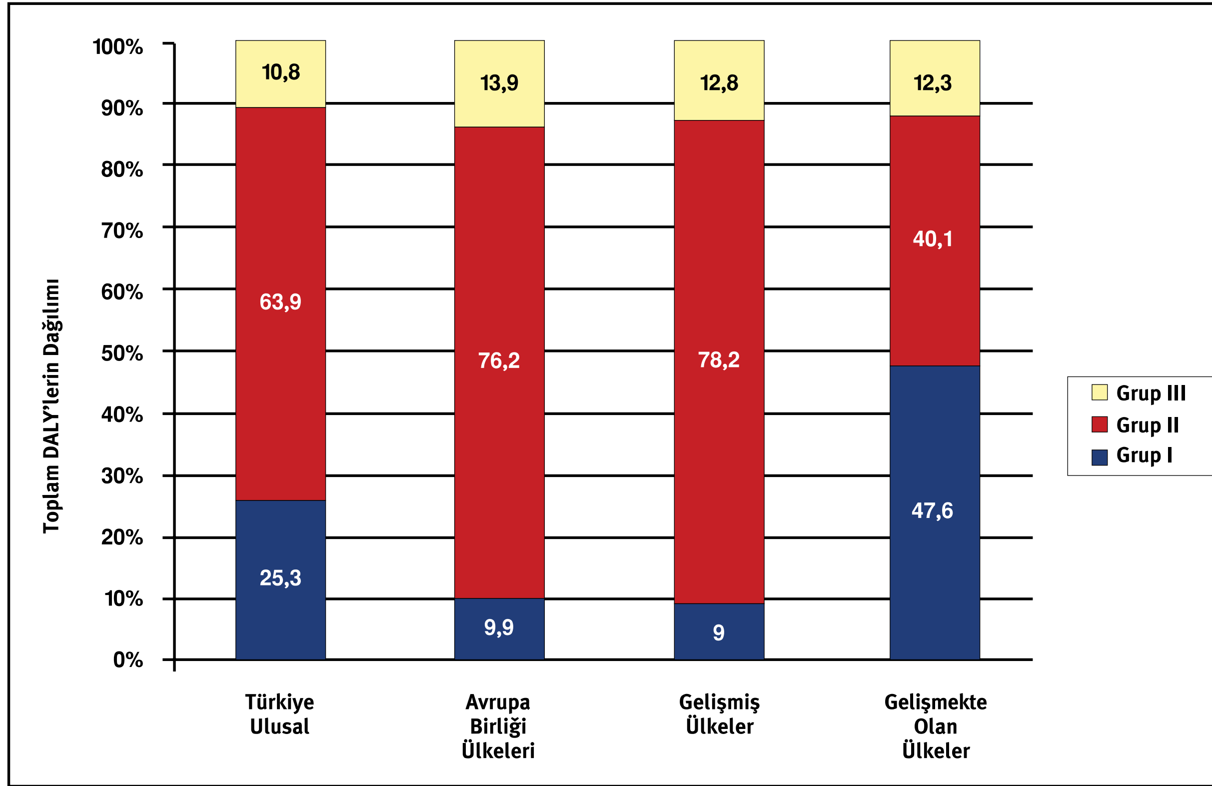
ÖNERİLER

Perinatal Nedenler

Bu araştırmada Perinatal nedenler içerisinde yer alan düşük doğum ağırlığı, askiksi, doğum travması ve diğer perinatal nedenlerin hepsi gebelik ve doğuma bağlı önlenebilen nedenlerdir. Görüldüğü üzere Türkiye ulusal, kentsel, kırsal ve bölgesel düzeyde ölüm nedenleri ve hastalık yükleri arasında ilk sırayı bu nedenler almaktadır. Bu nedenlerin önlenebilmesi için öncelikle bebeğin dünyaya sağlıklı gelebilmesi için nitelikli bir doğum öncesi bakım ve sağlıklı koşullarda doğum hizmetinin herkese ulaştırılması gerekmektedir. Yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve hastalık yükünün azaltılmasına yönelik bu dönemle ilgili koruyucu ve iyileştirici hizmetlerin geliştirilmesi çalışmalarına ağırlık verilmelidir. Perinatal nedenlera bağlı ölüm sayıları ve hastalık yükünü azaltabilmek için bazı öneriler aşağıda sunulmaktadır. Sağlık açısından çocuk tek başına değil ailesiyle birlikte bir bütün olarak ele alınmalı, hizmet aileyi hedef alacak şekilde genişletilmelidir. Basit yöntemlerle önlenemeyen, ileri teknoloji gerektiren riskli gebe ve yenidoğan bakım hizmetlerini verecek sınırlı sayıda özellikle kırsal alanı kapsayan bölgesel referans merkezlerinin kurulması için çalışmalar yoğunlaştırılmalıdır. Riskli gebe ve yeni doğanların bu merkezlere taşınabilmesi için gerekli koşullar sağlanmalıdır. Aşırı doğurganlık halen kırsal alanda çocuk hastalıklarının ve ölümlerinin temel risk faktörü olmaya devam etmektedir. Aşırı doğurganlığın yüksek olduğu bölgeler, hizmete ulaşmada güçlüğü olan kırsal alanlar, doğurganlık davranışları henüz değişmemiş



Grafik 3: Türkiye ulusal düzeyde her iki cinsiyet birlikte hastalık yüküne (DALY) neden olan hastalıkların yüzde dağılımı, 2000, Türkiye.



Grafik 4: Türkiye ulusal düzeyde DALY nedenlerinin hastalık gruplarına göre yüzde dağılımının Avrupa, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerle karşılaştırılması, 2000, Türkiye

Hizmetin denetim ve değerlendirilmesinde somut ve/veya ölçülebilir kriterlerin olmaması, hizmetin denetimi başta olmak üzere planlama çalışmaları da dahil, hedeflerin saptanmasında sorunlar yaratmaktadır. Bu amaçla önerilen çağdaş teknolojik uygulamaların yer aldığı çeşitli ülkelerde merkeziyetçi yapıdan uzaklaşarak, dağıtılmış denilen ve merkez dışında karar yetkisine sahip ama gerek kendi aralarında ve gerekse de merkez ile bilgi ve enformasyon alışverişinde bulundukları bir sistem yardımıyla, sahada veri toplanması aşaması dahil etkin ve efektif bir denetleme mekanizması kurulabilir.

olan büyük kentlerin gecekondu yerleşim yerlerinde yaşayan sosyo-ekonomik düzeyi düşük ve özellikle yoksul ve eğitim düzeyi yetersiz olanlar riskli gruplardır.Bu nedenle risk yaklaşımı uygulanmalı, hedef gruplar saptanmalı, ana ve çocuk sağlığı hizmetlerinin tüm düzeylerde programlı yürütülmesi sağlanmalıdır. Doğum öncesi ve yenidoğan dönemi, sağlık hizmetleri içerisinde daha ağırlıklı ve öncelikli yer almalıdır. Ana ve çocuk sağlığına ilişkin veriler için enformasyon, sevk ve geri bildirim sistemlerine işlerlilik kazandırılmalı, ana ve çocuk sağlığı konusunda halk eğitimleri yagınlaştırılmalıdır.

Kalp ve Dolaşım Sistemi Hastalıkları

Ölüm nedenleri arasında hem kentsel hem kırsal alanda birinci sırada, hastalık yükü açısından ikinci sırada yer alan kalp ve dolaşım sistemi hastalıklarının özellikle iskemik kalp hastalığı ve serebrovasküler olayların Türkiye için ciddi sorun oluşturduğu ve bu hastalıklara yönelik verilen koruyucu ve tedavi edici hizmetlerde bazı sorunlar olduğu bilinen bir gerçektir. İskemik kalp hastalığı mortalitesinde son 20 yılda ters yönde eğilimlerin bulunduğu, bir çok gelişmiş toplumda düzelme eğilimine karşılık, ülkemizde bu sorunun ciddi boyutlara ulaştığı ve artış trendini önümüzdeki yıllarda da koruyacağı bilinmektedir. Bu amaçla aşağıda sıralayacağımız önerilerin öncelikle dikkate alınması uygun olur.

Ölüm İstatistiklerinde Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri

Ülkemizde kalp ve dolaşım sistemi hastalıkları mortalite ve morbiditesine ilişkin veriler son derece eksiktir. Ülkemizdeki mortalite istatistikleri ile ilgili rakamlar da gerçeği göstermekten uzaktır. TUİK'in verileri sadece il ve ilçe merkezleriyle sınırlıdır, üstelik başlıca nedenlere ve seçilmiş 50 nedene göre ölümleri yeterince sınıflayamamakta, kalp kökenli ölümlerin çoğunluğunu "kalp hastalıklarının diğer şekilleri" gibi bir kategori altında toplamaktadır. Bunun sonucu olarak da bir yandan gerçek kalp hastalıkları saptanamazken, bir yandan da kalp hastalığı olmayan ölüm nedenlerinin kalp hastalığı içerisine katıldığı gözlenmektedir.

Bu araştırmada mortalite analizleri gerçekleştirilirken, öncelikle veri toplama sisteminde halen toplanmakta olan verilerin kalitesinin düşük olduğu, daha doğrusu bu konuda hiçbir özel çabanın gösterilmediği saptanmıştır. Özellikle mortalite verilerinin toplanmasında sadece il ve ilçe merkezlerinden ölümlerin toplanabildiği, toplanan bilgilerin doğruluğunun ve güvenilirliliğinin irdelenmediği gözlenmiştir. Mortalite verilerinin toplanmasında standardizasyonu sağlamak ve kaliteyi yükseltmek için gerek duyulan veri ve bilgilerin cinsini, kalitesini ve toplama sıklığını belirleyecek gerekli yönetmelikler ve prosedürler yeterli değildir.

Türkiye'de ölüm istatistiklerinin değerlendirilmesinde karşılaşılan ana sorunlardan bir diğeri, disiplinler arası koordinasyon eksikliğinin yanı sıra, özellikle mevcut sistem içerisinde kodlama sisteminin iyileştirilmesi zorunluluğudur. Ayrıca bu verilerin kodlamasını yapan personelin gerekli bilgi donanımına sahip olmadığı, ölüm nedenlerinin kodlanmasında kullanılan mevcut rehberlerin güncelleştirilmediği ve kodlamalarda standardizasyonun olmadığı belirlenmiştir. Sistemin başarısında en önemli faktör personeldir. Bu nedenle bu görevlere atanacak personelin seçiminde titizlik gösterilmeli, personel eğitimi süratle gerçekleştirilmeli, ölüm istatistik formlarını dolduran hekimler dahil, süreçte görev yapan her personel hizmet içi eğitime tabi tutulmalıdır. Ayrıca mevcut bilgi sisteminde bir geri besleme yapısının net olarak yer almayışı çeşitli düzeydeki personelde motivasyon eksikliğine yol açmakta, sağlıklı bir iletişimi engellemekte, hatta hizmetin tam olarak verilebilmesine mani olmaktadır. Hizmetin denetim ve değerlendirilmesinde somut ve/veya ölçülebilir kriterlerin olmaması, hizmetin denetimi başta olmak üzere planlama çalışmaları da dahil, hedeflerin saptanmasında sorunlar yaratmaktadır.



Ruh sağlığı hizmetlerinin planlanma, uygulama ve değerlendirme aşamalarında danışmanlık hizmetlerine ağırlık verilmeli, bu amaçla ruh sağlığı personelinin yetki ve görev tanımları gözden geçirilmeli, çağa ve ülke gerçeklerine uygun düzeltmeler yapılmalı, kurumlar arası koordinasyon sağlanmalıdır

Bu amaçla önerilen çağdaş teknolojik uygulamaların yer aldığı çeşitli ülkelerde merkeziyetçi yapıdan uzaklaşarak, dağıtılmış denilen ve merkez dışında karar yetkisine sahip ama gerek kendi aralarında ve gerekse de merkez ile bilgi ve enformasyon alışverişinde bulundukları bir sistem yardımıyla, sahada veri toplanması aşaması dahil etkin ve efektif bir denetleme mekanizması kurulabilir. Ayrıca, veri toplama, analizi, yorumlanması ve dağıtılmasından sorumlu kuruluşlar arasında iletişim ve koordinasyon eksikliği ve en önemlisi hizmetin gerektirdiği analiz ve tasarıma dayalı bir sağlık enformasyon ağı eksikliği söz konusudur. Morbidite ve mortalite istatistikleri yukarıda sıralanan öneriler doğrultusunda güçlendirilmeli, stratejilerin belirlenmesinde ve iyileştirmede esas olan" ölçemediğin şeyi iyileştiremezsin" felsefesinden yola çıkarak doğru, güvenilir, standard bir veri tabanı oluşturmak için mevcut yapı gözden geçirilmeli ve desteklenmelidir.



Hem kentsel, hem de kırsal alanda ruh sağlığı hastalıkları ülkemizde önemli hastalık yükü oluşturmaktadır. Ruh sağlığı hastalıklarının uzun süreli olması, bazılarının ömür boyu sürmesi sağaltımlarının da pahalı bir hale gelmesine neden olmaktadır. Bu nedenle ruh sağlığı konusuna, özellikle koruyucu ruh sağlığı hizmetlerine gereken önemin verilmemiş olduğu görülmektedir.

Toplumda kalp-dolaşım sistemi hastalıklarından korunabilmek için etkin sağlık eğitimi programları düzenlenmelidir. Risk faktörleri analizinde de ortaya çıktığı üzere hipertansiyon, sigara kullanma, kolesterol yüksekliği, obezite gibi ana faktörlerin önlenmesi, fizik eksersiz yapma alışkanlığının kazandırılması ile iskemik kalp hastalığının hastalık yükü olan 860.083 DALY'inin 780.000 DALY'i önlemek ölüm sayılarında da 300.000'den fazla ölümü engelleyebilmek söz konusudur. Bunun da en etkili yolu kişileri bilinçlendirmektir. İskemik kalp hastalıkları risk faktörü olan sigara kullanımı için sigara tüketimi ile ilgili yasalarda yer alan caydırıcı faktörler gözden geçirilmeli, kapalı yerlerde sigara içilmesi mutlaka önlenmeli, uygulamalar denetlenmelidir. Konu ile ilgili sağlık personelinin eğitimleri hizmet-içi eğitimlerle güçlendirilmelidir. Kalp-dolaşım sistemi hastalıkları ile uğraşan merkezlerin her türlü malzeme ve teknik donanımları çağdaş standartlara uygun olmalı, özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin altyapıları güçlendirilmelidir.

Solunum Yolu Hastalıkları

Türkiye'de kentsel ve kırsal alanda solunum yolu hastalıklarının, özellikle de kronik solunum yolu hastalıklarının önemli bir ölüm nedeni ve hastalık yükü oluşturan neden olduğu açıktır. Özellikle Kronik Obstruktif Akçiğer Hastalığı (KOAH) bu grup hastalıklar içerisinde önemli bir yer tutmaktadır. Kırsal alanda KOAH'ın daha fazla hastalık yükü oluşturduğu görülmektedir ve en önemli nedeni de sigara içme alışkanlığının yüksek boyutlara ulaşmasıdır. Bu nedenle ortak çevrelerin sigarasız olmasını sağlamak, mevcut yasal yaptırımların güçlendirilmesi, denetlenmesi ve izlenmesi, kurtulmak isteyen sigara tiryakilerine geniş bir yardım ağını kurabilmek, özellikle toplumu sigaranın zararları konusunda bilinçlendirmek temel öneriler arasında yer alabilir.

Ruh Sağlığı Hastalıkları

Görüldüğü üzere hem kentsel, hem de kırsal alanda ruh sağlığı hastalıklarının ülkemizde önemli hastalık yükü oluşturmaktadır. Ruh sağlığı hastalıklarının uzun süreli olması, bazılarının ömür boyu sürmesi sağaltımlarının da pahalı bir hale gelmesine neden olmaktadır. Bu nedenle ruh sağlığı konusuna, özellikle koruyucu ruh sağlığı hizmetlerine gereken önemin verilmemiş olduğu görülmektedir. Ayrıca genel sağlık hizmetlerinde ve toplum ruh sağlığının iyileştirilip

geliştirilmesinde katkısı olabilecek kesimlerin (hekim, hemşire, öğretmen, din görevlisi vb.) eğitimlerinde ruh sağlığına gereken önemin verilmesi gerekmektedir. Toplumda sağlığın psikososyal yönüne gereken önemin verilmemesi ve bunun yanı sıra ruh sağlığı hakkında yaygın inanış ve uygulamalar olması bu sorunun boyutlarını daha da büyütmekte, ciddi hastalık yükü oluşturmaktadır. Danışmanlık hizmetlerinin yetersizliği ve ruh sağlığı hizmetinin eşit ve dengeli dağılmamış olması, özellikle son yıllarda sık karşılaştığımız doğal afetler, terör, savaş, kazalar vb. olaylara karşı hazırlıklı olunmaması, psikososyal yönden destekleyici güçlerin hazır bulunmaması bu hastalık yükünün oluşumunda en temel nedenler arasında olabilir. Sağlık hizmeti sunumunda, tedavi ve koruyucu ruh sağlığı hizmetleri birlikte ele alınabilmeli, ruh sağlığı, kitle iletişim araçları ile tanıtılmalı ve toplumun ruh sağlığı konusunda yanlış bilgilendirmesine yol açan yayın, gösteri ve uygulamalara karşı önleyici tedbirler alınmalıdır. Özellikle risk gruplarına, yöneticilere, sağlıkla ilgili diğer sektör ve kuruluşlara yönelik olarak ruh sağlığı konusunda eğitim ve tanıtım çalışmaları sürdürülmelidir. Özellikle ruh sağlığı alanında da 1. basamak hizmet veren pratisyen hekimlerin bilgilendirmesi gerekmektedir. Sosyal psikiyatri konusuna, eğitimin her aşamasında ve her disiplinde yer verilmelidir. Ruh sağlığı hizmetlerinin planlanma, uygulama ve değerlendirme aşamalarında danışmanlık hizmetlerine ağırlık verilmeli, bu amaçla ruh sağlığı personelinin yetki ve görev tanımları gözden geçirilmeli, çağa ve ülke gerçeklerine uygun düzeltmeler yapılmalı, kurumlar arası koordinasyon sağlanmalıdır (örneğin sağlık kuruluşları, sivil toplum örgütleri ve üniversiteler gibi). Diğer tüm mortalite ve morbidite verilerinin toplanmasında olduğu gibi mevcut durumu net olarak izleyebilmek, uygun strateji ve politikalar belirleyebilmek ve hastalık yükünü azaltabilmek için sağlıklı verilerin toplanacağı, standart tanıların olduğu bir yöntem kurulmalıdır.



Beslenme Yetersizliği Bozuklukları

Türkiye ulusal, kentsel ve kırsal alanda 0-14 yaş grubu çocuklarda protein-enerji yetmezliği (bu grup altında, bu yaş grubu çocuklarda kavrukluk ve bodurluk değerlendirilmiştir), gene 0-14 yaş grubu ve 15-59 yaş grubu kadınlarda demir eksikliği anemisi ve hemen hemen her yaş grubunda ama öncelikle okul çağı çocuklarda ve kadınlarda iyot yetersizliği hastalıkları, hastalık yükü oluşturan beslenme yetersizliği bozuklukları olarak belirlenmiştir. Türkiye için önemli hastalık yükü oluşturan beslenme yetersizliğine bağlı bu bozuklukların ana nedenleri halkın beslenme konusundaki bilgi eksikliği, hatalı beslenme alışkanlıkları ile uygulamalar, olumsuz çevre koşulları ve özellikle ekonomik yetersizlik olabilir. Ülke düzeyinde bu sorunları azaltabilmek için yapılabilecek öneriler, toplum beslenmesi öncelikli sağlık programları arasında yer almalıdır. Özellikle risk gruplarına yönelik mesajları içeren ve beslenme sorunlarını düzeltmeyi amaçlayan halk eğitimleri verilmelidir. Bu eğitimler öncelikle beslenme sorunlarımıza yönelik olarak uzman gruplar tarafından hazırlanmalı, bu bilgilerin halka iletilmesi için gerekli olan araç, gereç ve yöntemler belirlenmelidir. Okul öncesi yaş grubu çocuklarda özellikle kavrukluk ve bodurluğu önleyebilmek için sağlık ocaklarındaki uygulamalar ailelerin katılımı yönünde güçlendirilmelidir. Özellikle birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev yapan sağlık personelinin hastalık yükü oluşturan beslenme yetersizliği konularında uygulamalı hizmet-içi eğitimler almaları sağlanmalıdır. İyot yetersizliği bozukluklarının özellikle endemik guatrın önlenmesi için yerleşim yerlerindeki bütün satış yerlerinde iyotlu tuz bulunması sağlanmalı hala % 50'ler düzeyine ulaşamamış olan iyotlu tuz tüketimi konusunda halk bilinçlendirilmeli, iyotlu tuz üretim teknolojisini iyileştirmeye yönelik yasal düzenlemeler güçlendirilmelidir. Türk halkının

Hastalık yükü ve DALY kavramı, sağlık planlaması alanında yararlı bir araç olma potansiyeline sahip bir ölçüttür. DALY en çok engellilik oluşturan hastalık gruplarını, en fazla ölümlere yol açan hastalıklarla birlikte yakalayabilecek değerli bir ölçüttür.

temel besini olan buğday unu veya ekmeğin pek çok gelişmiş ülkede bile kullanıldığı üzere özellikle demir yönünden zenginleştirilmesi için teknolojik alt yapı tamamlanmalı, pilot uygulamalar ile uygulamaya ivedilikle başlanmalı, daha sonra sonuçlar yaygınlaştırılmalıdır.

SONUÇ

Hastalık yükü ve DALY kavramı, sağlık planlaması alanında yararlı bir araç olma potansiyeline sahip bir ölçüttür. DALY en çok engellilik oluşturan hastalık gruplarını, en fazla ölümlere yol açan hastalıklarla birlikte yakalayabilecek değerli bir ölçüttür. Ancak yukarıda açıklandığı üzere DALY hesaplamalarını güvenilir olarak yapabilmek için özellikle mortalite verileri olmak üzere ayrıntılı insidans ve prevalans verilerine ihtiyaç vardır. Halbuki bir çok gelişmiş ülkede bile bu verilerin elde edilmesinde güçlükler yaşanmaktadır. Bu nedenle bu araştırmanın her aşamasında da yaygın bir şekilde kullanılan KHY çalışması için DSÖ tarafından geliştirilen yöntemler ve programlar aracılığıyla bu kısıtlılık ortadan kaldırılmaya çalışılmıştır.

Sonuç olarak, hastalık yükü kavramı, sağlık sistemlerindeki sorunları tanımlayıcı bir ölçüt olarak kullanılabilir. Ayrıca farklı ülkeler arası karşılaştırmalarda standart bir ölçüt olduğu için güvenilir bir yöntemdir.

KAYNAKLAR

1. "Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Projesi Final Raporu", Başkent Üniversitesi, Türkiye Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi, Halk Sağlığı Okulu, 2000.
2. Akgün, S., Rao, C., Yardım, N., Basara, BB, Aydın, Ö., Mollahaliloğlu, S., Lopez AL., "Estimating mortality and causes of death in Turkey: Methods, results and policy implications", European Journal of Public Health, Vol. 17, No. 6, 593–599.
3. Murray, CJL. ve Lopez, A., (1996c). "Evidence-based health policy—lessons from the Global Burden of Disease Study", Science, 274:740-743.
4. Murray, CJL, Lopez, AD, eds. (1996a). "The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020", Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. 1. Cambridge: Harvard University Press; 1996.
5. World Health Organization (2002). "World Health Report 2002", Geneva: World Health Organization. Also available on the worldwide web at www.who.int/whr.
6. Murray, CJL ve Lopez, A. (1997a). "Mortality by cause for eight regions of the world", Global Burden of Disease Study, Lancet, 349: 1269-1276.
7. Murray, CJL ve Lopez, A. (1997b). "Regional patterns of disability-free life expectancy and disability-adjusted life expectancy", Global Burden of Disease Study, Lancet, 349:1347.
8. Murray, CJL ve Lopez, A. (1997c). "Global mortality, disability, and the contribution of risk factors", Global Burden of Disease Study, Lancet, 349:1436-1442.
9. Murray, CJL ve Lopez, A. (1997d). "Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020", Global Burden of Disease Study, Lancet, 349:1498-1504.
10. Murray, CJL, Acharya, AK (1997). Understanding DALYs. J Health Economics, 16:703-730.
11. Murray, CJL, Lopez, AD (2000). "Progress and directions in refining the global burden of disease approach: Response to Williams", Health Economics 9:69-82.
12. Murray, CJL, Lopez, AD, Mathers, CD, Stein, C. (2001). "The Global Burden of Disease 2000 project: aims, methods and data sources", Geneva, World Health Organization (GPE Discussion Paper No. 36).
13. Murray, CJL, Salomon, J., Mathers, CD, Lopez, A., Lozano, R. (2002). "Summary Measures of Population Health: concepts, ethics, measurement and applications", Geneva, World Health Organization.
14. Mathers, CD (2002). "Health expectancies: an overview and critical appraisal". In: Murray, CJL, Salomon J., Mathers, CD, Lopez, A., Lozano, R. (2002). "Summary Measures of Population Health: concepts, ethics, measurement and applications", Geneva, World Health Organization.
15. Department of Human Services (DHS) (1999a). The Victorian Burden of Disease Study: Mortality. Melbourne: Public Health and Development Division, Department of Human Services.
16. Department of Human Services (DHS) (1999b). The Victorian Burden of Disease Study: Disability. Melbourne: Public Health and Development Division, Department of Human Services.
17. Mathers, C., Vos, T., Stevenson, C. (1999). "The burden of disease and injury in Australia", Australian Institute of Health and Welfare, Canberra: AIHW. www.aihw.gov.au.
18. Devlet İstatistik Enstitüsü, 1990 Genel Nüfus Sayımı, İdari Bölünüş.
19. Devlet İstatistik Enstitüsü, 2000 Genel Nüfus Sayımı, Geçici Sonuçları.
20. Devlet İstatistik Enstitüsü, Ölüm İstatistikleri; il ve ilçe merkezlerinde (1975-1999).
21. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1998.
22. Coale, AJ, Demeny, P. (1966). Regional Model Life Tables and Stable Population, Princeton: Princeton University Press.
23. Coale, AJ, Demeny, P., Vaughan, B., "Models of mortality and age composition". In: Coale et al., eds. Regional Model Life Tables and Stable Populations, 2nd ed. (See Session 2)
24. United Nations (1988). Mortpak-Lite. The United Nations Software Package for Mortality Measurement, New York: United Nations.
25. United Nations (2001). World Population Prospects: The 2000 Revision (2001). New York, United Nations.
26. Murray, CJL, Lopez, AD (1996). "Estimating cause-of-death: new methods and global and regional applications for 1990". In: Murray, CJL, Lopez, AD, eds. The Global Burden of Disease.
27. Israel, RA. (1990). "Automation of mortality data coding and processing in the United States of America. World Health Statistics Quarterly, 43(4):259-62.
28. Fidan, D., "Sağlık Sisteminde Akılcı Kaynak Aktarımı İçin Hastalık Yükü Kavramı ve DALY Ölçütü", Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir, 2000, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.



Sağlık Hizmetlerinde Arz Eksikliği: Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezleri

Mustafa Öztürk
Öğretim Görevlisi (Hasta Çocukların Gelişimi ve Eğitimi)

Engelli olgusu neredeyse insanlık tarihi kadar eskidir. Ancak engellilerin toplumda üreten bireyler olarak saygın bir yer edinmeleri çok da eski değildir. Sanayi Devrimi ile birlikte engellilerin de üretime katılmaları teşvik edilmiştir. Bu uygulama ile, daha çok tüketen engellinin, üreterek, özelde aile, genelde de ülke ekonomisine katkı yapması düşünülmüştür.

Önceleri, niteliksiz işlerde çalıştırılan engelliler, özel eğitimle birlikte, kalifiye elemanlar olarak, birçok işte başarılı olmuşlardır.

UNICEF'in yaptığı araştırmaya göre dünya nüfusunun % 10'u hayatını özürlü/engelli olarak sürdürmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ve Ortadoğu'da bu oran % 14'e kadar çıkmaktadır. Ülkemizde yapılan özürlü araştırma verilerine göre (2002), ülke nüfusunun yaklaşık % 12,29'u engellidir. Yani, ülkemizde yaklaşık sekiz buçuk milyon insan, engelli/özürlüdür. Buna göre 12,29 oranındaki özürlü nüfusun yaklaşık % 7'si erkek, % 5,29'u kadındır.

ÖZÜR/ENGEL NEDİR?
ÖZÜRLÜ/ENGELLİ KİME DENİR?

Yalnız bizim dilimizde değil, diğer birçok dilde de engelli ve engellilik anlamına gelen birden fazla sözcük bulunmaktadır. Örneğin; Türkçede genel düzeyde "engelli, özürlü, sakat" sözcükleri, aslında aralarında anlam farkları olduğu halde aynı anlamda kullanılmaktadır. Genelde tüm engelliler için yaşanan bu karmaşa, belirli engelli kümeleri için de geçerlidir.

Engellinin kim, engelliliğin de ne olduğu açık bir biçimde ortaya konmayınca, engellilere yönelik geliştirilecek politikaların, yasaların ve hizmetlerin kapsamı da belirsizleşmektedir. Bu belirsizlik de uygulamada pek çok sorunun ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Adlandırmadaki karmaşa ve tanım güçlüğü, engellinin kendisini anlatmasını ve diğerlerinin de onları kolayca anlamasını zorlaştırmaktadır.

Engellinin kim, engelliliğin de ne olduğu açık bir biçimde ortaya konmayınca, engellilere yönelik geliştirilecek politikaların, yasaların ve hizmetlerin kapsamı da belirsizleşmektedir. Bu belirsizlik de uygulamada pek çok sorunun ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Adlandırmadaki karmaşa ve tanım güçlüğü, engellinin kendisini anlatmasını ve diğerlerinin de onları kolayca anlamasını zorlaştırmaktadır.

Sosyal çevrenin bireyden beklentileri olduğu için, özür-engel, bireyin kendi problemi olmaktan çıkıp sosyal bir problem haline gelmektedir.

Özür/engel: Doğuştan veya sonradan herhangi bir nedenle bedensel, zihinsel, ruhsal, duyusal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeniyle toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük gereksinimlerini karşılamada güçlükleri olan ve korunma, bakım, rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyan kişilerdirTarayıcınız bu resmin gösterilmesini desteklemiyor olabilir. Görme, konuşma, işitme özrü olanlar, ortopedik özürlüler, sürekli hastalığı olanlar, zihinsel özürlüler, sürekli klinik bakıma ihtiyaç duyanlar, duygusal, sosyal ve ruhsal sorunu olanlar özürlü/engelli olarak kabul edilmektedir.

Süreğen (Yatalak) Hastalık: Süreğen hastalıklar, doğuştan veya sonradan herhangi bir nedenle oluşan, bireyin sürekli bakım ve tedavisini gerektiren ve hastalık nedeniyle; eğitim, mesleki ve sosyal uyumun olumsuz etkilendiği durumlardır.[1]

1- Öztürk, Mustafa, "Hasta Çocukların Gelişimi ve Eğitimi", *Anne Ben Engellendim*, Gündüz Eğitim ve Yayıncılık, Ankara, 2008.

ENGELLİ ÇOCUK SAHİBİ AİLELER ANALİZ EDİLMEDEN, ÇÖZÜM ÜRETİLEMEZ

Bugün, toplumun temelini oluşturan ve toplumsal bir birim olarak varlığını sürdüren kurumların başında aile gelmektedir. Aile, eğer engelli bir çocuğa sahip olmuşsa; bu durum, ailenin tutum ve davranışlarında farklılık yaratır. Örneğin, engelli çocuğu olduğunu öğrenen anne-babaların yaşam amaçlarını gözden geçirdikleri, yapmak istedikleri birçok şeyi erteledikleri veya tamamen iptal ettikleri çok sık gözlenen davranışlar arasındadır. Yaşanan bu olumsuzlukların nedenleri, engelli çocuğun ailede yarattığı stres, karşılaşılan fiziksel, maddi ve psikolojik sorunlar, ailede engelli kardeşin olması, engelli çocuğun anne ve babasının üstlendiği roller, ailelerin kendilerini anlamayan personele veya uzmana rastlamaları ve aile üyelerinin, arkadaşlarının ve yakın çevredekilerin gösterdikleri tepkiler olarak belirtilmektedir. Anne-babanın karşı karşıya kaldığı bu olumsuzlukların strese neden olduğu saptanmıştır.

Engelli bir çocuğa sahip olmak, engeli ne olursa olsun birtakım özel güçlükleri de beraberinde getirmektedir. Bu güçlükler; psikolojik durum, maddi durum, eğitim durumu, yaşam tarzı (sosyo-kültürel ve boş zamanları değerlendirme etkinlikleri vb), aile çevresi ve sosyal çevre ile ilişkiler, çocuğun engel durumu olarak gruplandırılabilir.

Anne-babalar engelli bir çocuğa sahip olduklarını ilk öğrendiklerinde yaşadıkları şok, çaresizlik ve diğer duygular zamanla yerini aşırı üzüntü, psikolojik çökkünlük, çevre tarafından kendilerine acınarak bakıldığı duygusuna bırakmaktadır. Bu nedenlerden dolayı engelli çocuğa sahip olmak, aileleri duygusal yönden sarsan bir durumdur.

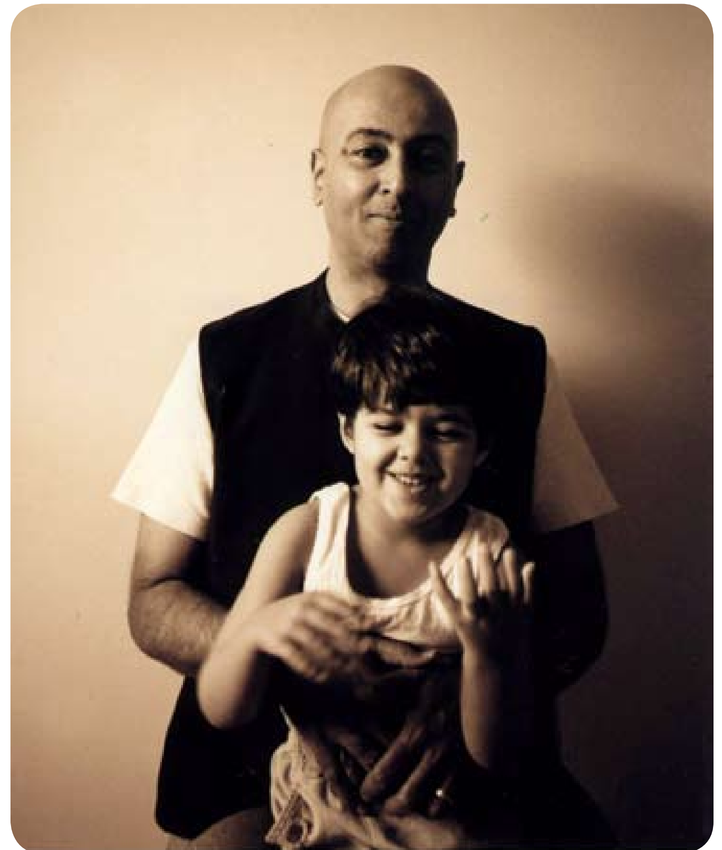
Ayrıca, çocuğun eğitimi ve tedavisi ile günlük bakımının meydana getirdiği ekonomik güçlükler de bu ailelerde çeşitli sorunlara neden olabilmektedir. Bu nedenle, bazı aileler en az çocukları kadar yardıma gereksinim duyabilmektedir. Bu bağlamda kamu ya da özel sektöre ait rehabilitasyon merkezlerinde "aile destek grupları"nın oluşturulmasına ve bunlara özellikle anne-babaların katılımının sağlanmasına ayrı bir önem vermek gerekir.[2]

Biz bu çalışmamızda tüm engelli guruplarını değil, sadece zihinsel engelli grup içerisinde yer alan bir engelli gurubunu OTİZM ve otistik bireyler hakkında genel bilgi vereceğiz. Sonrada bu alanda yapılması gerekenleri sizinle paylaşacağız.

ZİHİNSEL VE OTİSTİK ENGELLİLER/ÖZÜRLÜLER

Gelişmekte olan ülkelerde görülen sıkıntılar ülkemizde de bu alanda kendisini göstermektedir. Ülkemizde engellilerin eğitimi, rehabilite edilmesi, istihdamı gibi önemli sorunları, sorun olmaktan çıkaran sistemler geliştirilememiştir. Birçok proje ya kabul edilmemiş ya da kabul edilen projeler uygulamaya konulmamıştır. Özellikle, engellilerin gelişiminde sağlık ve eğitim süreci çalışmalarını, teknolojinin de katkılarıyla sağlıklı bir zemine oturtmak mümkün olmasına rağmen, bu yönde en ufak bir gayret ve ışık görülmemektedir. Halbuki bugün ve yarın engellilerinin topluma adaptasyonu ile üreten bireyler olarak toplum içindeki saygınlıklarını artıran bir dizi projeler için yasal zemin hazırlanmıştır.

Anne-babalar engelli bir çocuğa sahip olduklarını ilk öğrendiklerinde yaşadıkları şok, çaresizlik ve diğer duygular zamanla yerini aşırı üzüntü, psikolojik çökkünlük, çevre tarafından kendilerine acınarak bakıldığı duygusuna bırakmaktadır. Bu nedenlerden dolayı engelli çocuğa sahip olmak, aileleri duygusal yönden sarsan bir durumdur.



2- *Gülhane Tıp Dergisi,* 45 (2), s. 156-164, 2003, http://www.gulhanemedicaljournal.org/pdf/pdf_GMJ_58.pdf.



Zihinsel ve otistik engelliler için gerekli olan eğitmen açığını kapatmak gerekmektedir. Özel eğitim alanında öğretmen ihtiyacı çok fazladır. İhtiyaç duyulan öğretmen açığının 50 bin civarında olduğu tahmin edilmektedir. Vakıf üniversitelerimiz bu alandaki boşluğu doldurabilirler. Bunun için, Fen edebiyat fakülteleri içinde, özel eğitim bölümleri açılabilir. Var olanların kapasiteleri artırılabilir. Özel eğitim öğretmen açığını kapatmak için, yüksek lisans programları da açılabilir.

Yapılan bu yasal düzenlemeler, Türkiye'de devrim sayılır niteliktedir.

OTİZM

Zihinsel engelliler grubu içinde yer alan bir özür çeşidi daha var: Otizm. Henüz dünyada ve ülkemizde bu hastalığa neyin sebep olduğu bilinmiyor. Konuşmada gecikmenin olması veya gelişmemesi, ilgi alanında sığlık, insanlar ile ilişki kurma yerine cansız nesnelerle ilgilenme, yaşıtlarıyla oyun oynamama ve tekrar edici basmakalıp davranışlarda bulunma ile kendini gösteren gelişimsel bir bozukluktur. Otistik çocukların hepsi, tamamen aynı belirtileri göstermemelerine karşın, davranışı etkileyen sosyal, iletişimsel ve duyusal alanlarda sorunları vardır. Erkek çocuklarda, kız çocuklara oranla dört kat daha fazla görülmektedir. ABD'de yapılan araştırma verilerine göre, doğan çocukların 150/1'i otistik birey olarak dünyaya gelmektedir. Türkiye'de 450.000 ile 500.000 civarında otistik birey olduğu tahmin edilmektedir.

Türkiye'de Otistik çocuklara yönelik eğitim veren, MEB'e bağlı toplam 43 Otistik Çocuk Eğitim Merkezi (OÇEM) ve İş Eğitim Merkezi vardır. Otistik Çocuklar Eğitim Merkezlerinde öğrenim görenler 1.206, Otistik Çocuklar ve İş Eğitimi Merkezlerinde öğrenim görenler 278, kaynaştırmadaki okul öncesi-ilk öğretim-orta öğretimdeki otizmli çocuk sayısı 336, özel eğitim sınıfındaki otizmli çocuk sayısı 1.453 olmak üzere toplam sayı 3.273'tür. Bu tablo eğitim çağındaki otistik bireylerin ihtiyacını karşılamaktan çok uzaktır. Sadece İstanbul'da 4.000-4.500 civarında eğitim için sıra bekleyen öğrenci bulunduğu bilinmektedir. Bu rakamın ülkedeki diğer otistik bireylerle birlikte 6.000 civarında olduğu düşünülmektedir.

ZİHİNSEL ÖZÜRLÜ VE OTİSTİK ÇOCUKLARIN EĞİTİMİ

Zihinsel özürlü ve otistik çocukların tedavisinde birincil yaklaşım, özel eğitimdir. Engelli bireylerin eğitimlerini sağlamak üzere özel eğitim almış personel, geliştirilmiş eğitim programları, yöntem ve araç gereçlerle uygun ortamlarda sürdürülen eğitime "özel eğitim" denir. Özel eğitime ne kadar erken yaşta başlanırsa olumlu sonuç elde etme olasılığı o kadar artar.

Eğitimde kazandırılması amaçlanan; öğrenmeye hazırlık becerileri, öz bakım becerileri, dil ve konuşma becerileri, sosyal beceriler, davranış sorunlarının azaltılması ve ailelerin eğitimidir. Zihinsel özürlü ve otistik çocukların eğitimi zaman alan, uğraştırıcı ve çaba gerektiren bir eğitimdir.[3]

Çağımızda, bilim ve teknoloji alanında yaşanan gelişmeler bilgi ve eğitime verilen önemi arttırmıştır. Bilgi toplumu olmaya yönelik çalışmalarda, bireylerde aranan nitelikler de, evrensel nitelikler olarak karşımıza çıkmaktadır. Bilgi ve eğitime verilen önem derecesinde, toplumsal değişim hız kazanmıştır.

Bilgi paylaşımının artmasıyla birlikte, eğitim sisteminin ve insan gücünün niteliğini geliştirme çabaları da önem kazanmıştır. İnsana verilen değerin artması ile birlikte, özür ve özelliği olan bireylere dönük, bireyi merkez alan yaklaşımlar da ön plana çıkmıştır. Tabi, özel eğitimin özel bir uzmanlık alanı olmasından dolayı, bu alanda çalışacak öğretmenlerin nitelik ve niceliklerinin arttırılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

3- Türkbaş, Tümer, Yrd. Doç. Dr., GATA Çocuk ve Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı.

Eğitim ve insan gücü kalitesi, öğretmenin niteliğine bağlıdır. Bu sebeple, özel eğitim alanında çalışan öğretmenlerin, alanla ilgili yeterliliklerinin arttırılması, bu alanda verilen eğitimin kalitesini arttıracak, aynı zamanda özel eğitim gerektiren bireylerin toplumsal hayattaki bağımsız yaşam becerilerini geliştirerek sosyal uyumunu sağlayacaktır.

NELER YAPILABİLİR?

Buraya kadar anlattığımız bir durum tespitiydi. Bu durum tespitini yaparken, zihinsel ve otistik bireylerin durumunu ve yaşam biçimini anlatmaya çalışırken, istatistiki bilgiler de verdik. Zihinsel ve otistik engellilerin gelişim ve eğitim süreci sancılıdır. Bu alanda devletin ve özel teşebbüsün yaptıkları ihtiyaca cevap verememektedir. Hem var olan mevcut engellilerin varlığı, hem de komşu ülkelerdeki engelli nüfusun her geçen gün artması, yeni yatırımları zorunlu kılmaktadır.

Zihinsel ve otistik engelliler için gerekli olan eğitmen açığını kapatmak gerekmektedir. Özel eğitim alanında öğretmen ihtiyacı çok fazladır. İhtiyaç duyulan öğretmen açığının 50 bin civarında olduğu tahmin edilmektedir. Vakıf üniversitelerimiz bu alandaki boşluğu doldurabilirler. Bunun için, Fen edebiyat fakülteleri içinde, özel eğitim bölümleri açılabilir. Var olanların kapasiteleri artırılabilir. Özel eğitim öğretmen açığını kapatmak için, yüksek lisans programları da açılabilir.

Ayrıca üniversitelerimizde, "değerler eğitimi" oluşturularak, bu yapı içerisinde sosyal politikalar oluşturulması proje çalışmaları ile, özürlü alanında akademik çalışmalar yapılabilir. Çünkü, özel eğitimdeki gelişme ve başarılar, bir ülkenin kalkınmışlık seviyesini gösteren en önemli göstergelerin başında gelir.

Özel eğitim okulları açılabilir. Burada eğitim dendiğinde, tabii ki özel eğitim anlaşılmalıdır. Her çocuğun bir diğerinden farklı olduğu ve bu nedenle de eğitimin bireysel temelli olmasının gerekliliği, çağdaş eğitim anlayışının özünü oluşturmaktadır. Sonuçta bu çocuklar, özel eğitim gereksinimli çocuklardır. Şüphesiz, zihinsel, duyusal, iletişimle ilgili, duygusal, sosyal, fiziksel özellikleri nedeniyle normal bir eğitim süreci içerisinde daha özel hizmetlere gereksinim duyan bireyler için farklı eğitsel çabalara ihtiyaç vardır. Örneğin; daha özel müfredat oluşturma, özel materyal kullanımı, özel eğitim uzmanlarından yararlanma, mekânlarda özel yapılacak fiziksel düzenlemeler. Özellikle, kaynaştırma eğitimi yapılan okullarda ortak



İşletmede yatırım için, şartların uygunluğu ile bazı kriterlere bakılır. Bunlar da genellikle birkaç kalemde toplanır. Eğer bu soruların cevabı varsa, proje uygulamaya konur.

Bunlar;

- Ne yapıyorum?
Otistik bireyler için eğitim/rehabilitasyon merkezi hizmet sektörü yatırımı.

- Kimin için yapıyorum?
Türkiye'de sayıları altı bin civarında, Ortadoğu'da on binleri bulan otistik bireyler.

- Ne için yapıyorum?
Hayır eksenli ve para kazanmak için kurulan, bu hizmet sektöründe engellileri eğitmek ve rehabilite ederek topluma üreten bireyler olarak katılımını sağlamak. Bu çalışmayla özelde aile ekonomisine, genelde de ülke ekonomisine katkıda bulunmak.

- Hangi kaynakları kullanacağım?
Devletin eğitim ve rehabilitasyon hizmetleri için kişi başı özürlü birey için tahsis ettiği 315 TL ve kendi öz kaynakları.

Eğitimleri için yeterli öğretmen, hizmetli ve sosyal hizmet uzmanının bulunmadığı otistik bireyler eğitim almak için bulundukları il ve ilçelerde sıra beklemektedirler. Bu sıra beklemeler uzun yıllara, hatta okuma çağını atlattığı yaşa kadar sürebilmektedir. Özel eğitim almak için sıra bekleyen otistik bireylerin sayısı yukarıda belirttiğimiz gibi ürkütücü boyuttadır. Bu okullara gelen ve gelecek olan öğrencilerin eğitim masraflarını 5378 Özürlüler Yasası gereği, devlet ödemektedir.

kulanım alanlarının engellilerin de kullanabileceği biçimiyle fiziksel düzenlemelerinin yapılması gereklidir.

Özel eğitim alması zorunlu olan otistik bireylerin durumuna gelince; belki de özürlü grup içerisinde, en trajik duruma sahip olan bu engelli gruptur. Hayatlarını birilerine bağımlı olarak idame ettirmek zorundadırlar. Bu grup, istihdam edilmesi mümkün olmayan ve Türkiye'de sayıları 450-500 bin civarında olan ve sayıları da hızla artan engelli grubudur.

Eğitimleri için yeterli öğretmen, hizmetli ve sosyal hizmet uzmanının bulunmadığı otistik bireyler eğitim almak için bulundukları il ve ilçelerde sıra beklemektedirler. Bu sıra beklemeler uzun yıllara, hatta okuma çağını atlattığı yaşa kadar sürebilmektedir. Özel eğitim almak için sıra bekleyen otistik bireylerin sayısı yukarıda belirttiğimiz gibi ürkütücü boyuttadır. Bu okullara gelen ve gelecek olan öğrencilerin eğitim masraflarını 5378 Özürlüler Yasası gereği, devlet ödemektedir. Zorunlu öğrenim çağındaki otistik bireyler için açılan, otistik çocuklar eğitim merkezlerinde bireylerin, öz bakım ve günlük yaşam becerileri ile işlevsel akademik becerilerini geliştirmek ve topluma, uyumlarını sağlamak amacıyla Bakanlıkça hazırlanmış özel eğitim programı uygulanır.

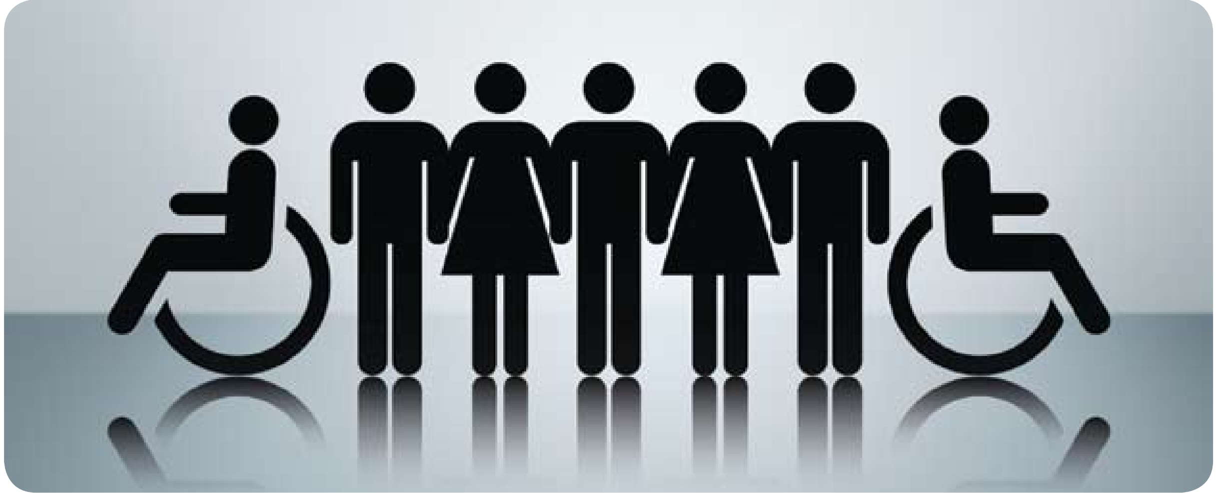


Özel sektörün Türkiye'de hastane açmak yerine bu alanda yatırım yapması için, altyapı hazırdır. Bu konudaki yasal düzenlemelerde de sıkıntı yoktur. Türkiye'de altı bin civarındaki eğitim için sıra bekleyen otistik bireylerin eğitim masraflarını da devlet ödeyecektir.

Paydaş kurumlarla da, danışma hizmetlerinin yanı sıra, engellilerin istihdam edilebilirliği konusunda ortak hareket edilebilir. Bunlar başta İş-Kur olmak üzere, Milli Eğitim Bakanlığı, Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Genel Müdürlüğü, Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı, MÜSİAD gibi işadamları derneği ile engelliler adına hizmet üreten, çeşitli engelli guruplarına ait vakıf ve dernekler.

Bir diğer araştırma verisini de burada, dipnot olarak aktarmam yerinde olacaktır. Zihinsel engelli guruplarından otistik bireylerin hem ülkemizde, hem de Ortadoğu'da ailelerinin, yaşam standartları yüksektir. Bu ailelerin eğitim seviyesi yüksektir. Üniversite mezunu, öğretim üyesi ve araştırma görevlisi olanların çoğunlukta olduğu ailelerin, statüleri de gayet iyidir. İçlerinde meclis başkanı, devlet bakanı, milletvekili, genel müdür, daire başkanı ve müdür olanların sayısı oldukça yüksektir. Bunun yanı sıra sanayici ve işadamı olanların sayısı da araştırma verilerinde oldukça kabarık olarak görülmektedir. Bu alanda yapılacak nitelikli yatırımlarda, bahse konu otistik bireylerin aileleri, canından bir parça olan evlatlarının eğitimi için hiçbir fedakârlıktan kaçmayacaklardır.

Yine bu alanda, Ortadoğu'daki ülkelerde veya oradaki engellilerin ülkemize getirilmesi suretiyle yatırımlar yapılabilir. Tabi yatırım için gerekli koşullar araştırılmak suretiyle bu girişimin yapılması daha doğru olacaktır. Irak, Suriye, Lübnan, İran ve Arap ülkeleri bu konuda düşünülebilir ülkelerdir. Bu ülkelerde her gruptan engelli olduğu gibi, özelikle zihinsel engellilerin eğitimi konusunda Türkiye'nin bile çok gerisinde olduğu yapılan araştırmalarda görülmektedir.



İlgili 5579 sayılı yasanın amir hükmü gereği, bakıma muhtaçlık adı altında (% 70'in üstündeki engeliler için) asgari ücret tutarında (629,96 TL) bakım ücreti, 2022 sayılı yasa gereği de, özürlü maaşı olarak 3 ayda bir, kişi başı 850 TL ödenmektedir. Yani devlet, her bir engelli birey için her ay toplam 912 TL nakit ödeme yapmaktadır. Sayıları, 450-500 bin civarında olduğu tahmin edilen otistik bireylerin tamamına yakını, bu bakım ve özürlü maaşlarından yararlanabilmektedir.

Sağlık kuruluşlarında yatarak tedavi gören bireyler için, yerel yönetimler veya özel sektör kurum ve okul açabilir. Bu okul ve kurumlar; resmi ve özel sağlık kuruluşlarında yatarak tedavi gören ve/veya süreğen hastalığı olan zorunlu öğrenim çağındaki bireylerin eğitimlerini sürdürmeleri için Bakanlık, Sağlık Bakanlığı ve üniversiteler arasında imzalanan protokole göre hastanelerin bünyesinde Bakanlığa bağlı ilköğretim okullarıdır.

Engelli çocuk sahibi aileler için rehabilitasyon ve etüt merkezleri açılabilir. Çünkü, engelli çocuğa sahip ailelerin birçok problemi olabilmektedir. Bu problemlerle çoğu zaman tek başına mücadele etmek zorunda kalmaktadırlar. Eşine, diğer çocuklarına ve hatta olabilirse işine zaman ayırabilmek için mutlaka engelli çocuğunu bırakabileceği, rehabilitasyon merkezi veya etüt merkezlerine ihtiyaç duymaktadırlar.

Yerel yönetimler korumalı işyeri ve engelli çocukların ailelerinin ölümünden sonra da kalabileceği sığınma yerleri açabilir. Bu yatırımlar, fazla maliyet gerektirmeyen sosyal amaçlı ve kâr amacı olmayan yatırımlardır.

Özellikle engelli ailelerin endişelerini giderecek barınma yerlerinin oluşturulması çok önemlidir. Çünkü ailelerin yaşarken bile bakmakta güçlük çektikleri otistik bireylerin, uzman kontrolünde yaşamını idame ettirebileceği barınma yerlerine şiddetle ihtiyaç bulunmaktadır. Özellikle otistik bireyler içinde saldırgan olanlarını kontrol etmek zordur. Büyüdükçe onları kontrol etmek aileler için imkânsızlaşır. Kriz geldiğinde, kendini kontrol edemeyen otistik bireyler, etrafa ve aile bireylerine zarar vermektedirler. Çocuğundan dayak yiyen annelerin sayısı oldukça fazladır.

Eğer bu barınma yerlerini özel sektör açmak isterse, bunun için de gerekli yasal düzenlemeler yapılmıştır. Bu konuda ilgili 5579 sayılı yasanın amir hükmü gereği, bakıma muhtaçlık adı altında (% 70'in üstündeki engeliler için) asgari ücret tutarında (629,96 TL) bakım ücreti, 2022 sayılı yasa gereği de, özürlü maaşı olarak 3 ayda bir, kişi başı 850 TL ödenmektedir. Yani devlet, her bir engelli birey için her ay toplam 912 TL nakit ödeme yapmaktadır. Sayıları, 450-500 bin civarında olduğu tahmin edilen otistik bireylerin tamamına yakını, bu bakım ve özürlü maaşlarından yararlanabilmektedir. Bu bakım evlerinin açılması, otistik bireyler için rahatlık, aileleri için güven ve huzur demektir. Tabii ki, işletme sahipleri içinde hem para, hem de hayırlı bir yatırım demektir.

Özürlü/engelli bireylerin eğitim ve sağlık sorunlarını gidermek için yapılacak daha birçok şey söylenebilir. Ama işe öncelikle, özel eğitim ve rehabilitasyondan başlamak gerekir. Bu alanda yapılacak yatırımlar, kesinlikle maddi anlamda kazanç getirecek zenginliğe de sahiptir.

mstozturk@hotmail.com



Türkiye'de Kamu-Özel Sektör İşbirliği Yatırımları

Eyüp Vural Aydın
MÜSİAD Genel Sekreteri

Son yıllarda birçok alanda olduğu gibi, özellikle devletlerin kamu yönetimi anlayışında ve buna bağlı olarak hizmetlerinin sunumunda değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Her ülke kendi gelişmişlik düzeyi ve üstünlük alanlarına göre geniş bir yelpazede bu reform süreçlerini yorumlamakta ve uygulamaktadırlar. Sanayi ve altyapısını göreceli olarak tamamlamış ülkeler, kamu hizmetlerinin etkinliğini ve verimliliğini geliştirmeye dair çeşitli alanlara yönelirken, gelişmekte olan ülkelerde, kaynakların yetersizliği, büyüme ihtiyacının oluşturduğu baskı ve biriken proje stokları sebebiyle reformlar genel olarak kamu yönetimlerinin yeniden yapılandırması çerçevesinde gelişmiştir.

İnsanların sosyal hayata geçmeleri, birtakım hizmet ve mallara gereksinim duymaları, bunların giderek artması ile iş ve işlem hacminin büyümesi ve temel kaynak ve servetlerin düzenleme yapma yetkisine sahip devletin elinde olması, kamu hizmeti kavramını ve gereğini ortaya çıkarmıştır. Tüm dünyada, devletin bazı hizmet ve gereksinimleri karşılaması yönündeki çeşitli görevleri sorgulanmaya başlanmış, bu hizmet ve gereksinimlerin bazılarının devletin görevi olmadığı; bunları devletin yerine getirmemesi gerektiği, dahası bunun yarardan çok zarar getirdiği, mali ve teknik açıdan güçlü özel kuruluşların bu hizmet ve gereksinimleri daha iyi ve verimli şekilde karşılayabileceği de bir tartışma konusu olmuştur.

Özellikle gelişmiş ülkelerde değişim ve reformların ana temelini, sanayi üretiminin işlerliğini geliştirmek, kamu ve özel monopollerinin zayıf olan yanlarını belirlemek olmuştur. Bu açıdan ortaya konan temel politika anlayışı, yasal ve düzenleyici çerçevenin en uygun biçimde şekillendirilmesi ve altyapı yatırımlarına yönelik en uygun maliyet etkinliğinin, hizmet kalitesinin ve ücretlerinin iyileştirilmesinin sağlanması yönünde destek verilmesini esas almıştır.[1] Gelişmekte olan ülkelerde ise, kamu yönetimi paradigmasında görülen bazı reform çalışmaları yönetişim ilkesine ağırlıklı olarak vurgu yaparken, kamu-özel sektör işbirliği ile hizmetlerin sunumunu bir kez daha ciddi manada gündeme getirmiş ve tartışmaya açmıştır.

Kamu-özel sektör işbirliği sayesinde, kamu ve özel sektör arasında, altyapı yatırımlarının finansmanı, uygulaması gibi aşamalarda ortaklıklar kurulmaktadır. Bu model; aynı zamanda bir risk paylaşımı, görev bölüşümü ve bütçe paylaşımı anlamına da gelmektedir.

Bugün, tüm dünyada merkezi ve yerel idareler, kamu hizmetlerini kullanıcılara ve vergi ödeyenlere daha az maliyetli olarak sunmak amacıyla yeni yollar aramaktadırlar. Kamu hizmetlerinin etki ve kalitesini artırmak, yaygınlaştırmak için birçok kamu idaresi, "Kamu-Özel Sektör İşbirliği" modelini kullanmayı tercih etmekte, bu konuda yasal ve düzenleyici çalışmalar yürütmektedirler. 19. yüzyılda her ne kadar birçok altyapı yatırımı özel sektör tarafından sahip olunsa, yönetilse ve finanse edilmiş olsa da, 20. yüzyılın ortalarında birçok ülkede bu varlıkların millileştirilmesi sebebiyle, altyapı varlıkları kamu teşekkülleri tarafından sahiplenilmiş, finanse edilmiş ve yönetilmişlerdir.

Kamu-özel sektör işbirliği sayesinde, kamu ve özel sektör arasında, altyapı yatırımlarının finansmanı, uygulaması gibi aşamalarda ortaklıklar kurulmaktadır. Bu model; aynı zamanda bir risk paylaşımı, görev bölüşümü ve bütçe paylaşımı anlamına da gelmektedir. Söz konusu işbirliğinin, çok çeşitli girişimler neticesinde enerji, su ve kanalizasyon, çevre, ulaşım ve telekomünikasyon gibi bazı önemli ve hassas sektörlerde, kamu ve özel sektörün birlikte proje geliştir-

1- Farid Gasmi, "Political Accountability and Regulatory Performance in Infrastructure Industries: An Emprical Analysis", *World Bank Policy Researches Working Paper* 4101, December 2006, p. 2.

mesine, proje kaynağının teminine, tamamlanmasına, yönetilmesine ve son olarak yürütülmesine kadar birçok düzeyde gerçekleştiği görülmektedir. Altyapı inşası genellikle kamu-özel sektör işbirliğinde işlemiş ve bu sistem altyapı hizmetlerinin sunumu ile ilgili olarak taraflar arasında imzalanan bir sözleşme kapsamında geçekleştirilmiştir. Elbette, bazı ülkelerde altyapı yatırımlarına özel sektör sahip olmuş ve bu yatırımları yönetmiştir. Bu istisnai şekle genellikle gelişmiş ülkelerde rastlanmıştır.

Geride kalan on yıla baktığımızda, tüm dünya genelinde altyapı yatırımları konusunda kamunun görevi değişmiş, sahip olma ve yönetme işinden müşteri ve özel sektörün kârlarını dengeleyecek şekilde planlama ve düzenleme işine kaymıştır. Bu güç aynı şekilde etkinlik ve mali açıdan da değişmiştir. Bütçe açıklarında görülen artışlar, ülkelerin yeni altyapı yatırımlarına katılmamaları, gelirlerini yükseltmeleri, kamu iktisadi teşekküllerindeki kayıplarla ilgili olarak ortaya çıkan harcamaları kısmaları için, altyapı yatırımlarının özelleştirilmesi yoluna gitmelerine sebep olmuştur.

Kısaca, altyapı yatırımlarının özelleştirilmesinin ana sebepleri şunlardır:

1. Kamunun yeni yatırımlara harcayacak kaynağı olmayışı,
2. Gelirlerini artırma isteği,
3. KİT'lerin kötü performansı.

Bu bağlamda, kamunun sahip olduğu şirketler özellikle 3 alanda oldukça başarısız olmuşlardır. Bunlar:

1. Gelişen tüketici taleplerinin karşılanması,
2. Teknolojinin yenilenmesi ve takip edilmesi,
3. Yeterli müşteri hizmeti sunulmasıdır.

Bu ana sebepler; yetersiz fiyatlandırma, kötü mali yönetim ve uygun teşviklerin uygulanamaması olarak da kendini göstermiştir. Altyapı hizmetlerinin sunumu, özel sektörün katılım etkinliğini ve mali yönetimi artırabilir. Bu baskının azalması da kamunun bir şekilde bu hizmetlerin sunumuna dahil olma isteğini ortaya çıkarabilir. Yatırımlar seviyesinin yüksekliği, ölçeğinin büyük olması, dışsallıklar ve çıktılarının ticari olarak ölçülebiliyor olmaması, kamunun bu yatırımlara girmek istemesinin altında yatan özelliklerdir. Hükümetler genellikle, altyapı yatırımlarının ekonomik büyümeyi tehlikeye atmasını istememektedirler. Bu durumda, özel sektörün altyapı yatırımlarına girmek isteyişi, kamu ve özel sektör arasında bir düzenleme yapmayı gerektirmek-



Geride kalan on yıla baktığımızda, tüm dünya genelinde altyapı yatırımları konusunda kamunun görevi değişmiş, sahip olma ve yönetme işinden müşteri ve özel sektörün kârlarını dengeleyecek şekilde planlama ve düzenleme işine kaymıştır. Bu güç aynı şekilde etkinlik ve mali açıdan da değişmiştir. Bütçe açıklarında görülen artışlar, ülkelerin yeni altyapı yatırımlarına katılmamaları, gelirlerini yükseltmeleri, kamu iktisadi teşekküllerindeki kayıplarla ilgili olarak ortaya çıkan harcamaları kısmaları için, altyapı yatırımlarının özelleştirilmesi yoluna gitmelerine sebep olmuştur.

tedir. Kamu sektörü hizmetlerin sunumunu düzenler, kontrol eder, hatta bazı durumlarda hizmet sunumuna müdahil olur. Bazı durumlarda ise kamunun müdahalesi ve katılımı, özel sektör için ticari olmayan riskler doğurabilir. Tüketici talepleriyle, en az maliyetle, mal kalitesiyle ve özel sektörün uzun vadede sürdürülebilir menfaatleri ile düzgün bir denge oluşturacak düzenlemeler yapılmalıdır. Bu sebeple, taraflar arasındaki roller ve sorumluluklar belirlenirken, altyapı yatırımlarının finansmanının azaltılması yönünde özel sektöre teşvikler sağlanmalıdır, fakat aynı zamanda yatırımcılar için uygun yatırım şartları da hazırlanmalıdır. Etkinlik ve mali uygulamalara ilişkin düzenlemeler açısından beş noktada konuyu incelemek gerekir:

1. Kamu-özel sektör arasındaki düzenlemeleri yaparken, özel sektörün gelir kaynakları ve varlıklar üzerindeki sorumluluğu,
2. Hangi varlıklara kamunun sahip olacağı ve hangilerini



Özünde yeni olmayan ancak değişen ekonomik ve yönetim süreçleri ile yeni bir işleyiş ve yapı kazanan, kamu-özel sektör işbirliğinin, gelişmekte olan ve sürekli yatırım ihtiyacı artan ülkemizde, hem merkezi hükümet hem de tüm yerel yönetimlerce en uygun şartlarda uygulanabilmesi son derece önemlidir.

özel sektörün yöneteceğine ilişkin tartışmalar,
3. Gelirlerin kamu tarafından verileceği, altyapı varlıklarının özel sektör tarafından finanse edecek düzenlemelerin incelenmesi,
4. Gelirlerin son kullanıcıdan sağlanacağı, özel sektör sorumluluğundaki finansman modelinin detaylarının incelenmesi,
5. Sonuça ilişkin bir özetin sunulması.

Sonuç olarak, özünde yeni olmayan ancak değişen ekonomik ve yönetim süreçleri ile yeni bir işleyiş ve yapı kazanan, kamu-özel sektör işbirliğinin, gelişmekte olan ve sürekli yatırım ihtiyacı artan ülkemizde, hem merkezi hükümet hem de tüm yerel yönetimlerce en uygun şartlarda uygulanabilmesi son derece önemlidir.

Son yıllarda Avrupa Birliği etkisiyle kamu hizmetlerinde köklü bir değişim süreci yaşanmaktadır. Bu duruma uygun olarak, kamunun veya yetkili kurumun monopol gücü kamu hizmetlerinin belirlenmesinde önemli rol üstlenmiş, ancak buna ek olarak bir dizi yeni görevler de kamu hizmet sunum standartlarına eklenmiştir. Kalite ve etkinlik, vatandaşın önem kazanması, karar süreçlerine katılım ve şeffaflık bugün değer gören kavramlar haline gelmiştir.

Bununla birlikte, kamu hizmetinin karşılanması ve altyapı yatırımlarının gerçekleştirilmesi yolunda geliştirilen politik inisiyatif, altyapı ihtiyacını giderek artırmıştır. Ancak harcama kalemlerindeki ve hizmet sunum modellerinin maliyetindeki artış, kamu yatırımlarının karşılanmasında kamu idarelerini alternatif finansman kaynaklarına yöneltmiştir.

Bu süreçler standartları belirlemekte ve standartlar arttıkça hizmet maliyetleri de doğal bir artış sürecine girmektedir. Bu noktada kamu yerine getirmekte zorlanacağı veya kaynak sıkıntısı sebebiyle hayata geçirmediği projeleri özel sektör marifeti veya ortaklığı ile gerçekleştirme yoluna gitmektedir. Ancak, yeni hizmet sunum anlayışında işbirliğinin özelleştirmeden son derece farklı olduğu bilinmelidir.

Özelleştirme, kamu sektörüne ait bir işletmenin özel sektöre açılması; kamuya ait işletmelerin halka ve özel hukuk şirketlerine satılması yoluyla, hem devlete fon sağlanması, hem bu kuruluşların özel sektör zihniyetiyle çalıştırılması, hem de halkın tasarruflarının değerlendirilmesi yöntemi olarak tanımlanırken, kamu-özel sektör işbirliği mekanizmasında topyekûn bir devir söz konusu olmamakta, aksine ortak bir hizmet sunum süreci, projenin planlanmasından, ihale edilmesine ve yürütülmesine kadar uzun bir dönemi kapsamaktadır.

Kamu-özel sektör işbirliği projelerinin en belirgin özelliği uzun süreli sözleşmeler olmasıdır. Taraflar tüm detaylarda kendi yetki ve sorumluluklarını, buna bağlı olarak maliyete katkılarını ve risklerin üstlenmesini işin başında belirlemektedirler.

Özellikle Türkiye'de birçok belediyenin kaynak, gelir ve bütçe sorunu yaşadığı düşünüldüğünde yerel yönetimler için konu çok daha önem kazanmaktadır. Özelleştirmelerden ve klasik ihale yöntemlerinden farklı olarak gerçekleştirilmeye çalışılan ve kamu açısından alternatif finansman kaynağını oluşturan kamu-özel sektör işbirliği modeline olan yönelim artış gösterirken, modelin önemi ve ağırlığı da aynı oranda artmaktadır.

NEDEN KAMU-ÖZEL SEKTÖR İŞBİRLİĞİ?

Son yıllarda kamunun geleneksel hizmetlerini yürüttüğü alanlara, bazı mekanizmalar vasıtasıyla, özel sektörün de katılımı artmaya başlamıştır. Özel sektörün kamudan tartışılmaz bir şekilde daha verimli olduğu yaygın olarak kabul edilmektedir. Özel şirketlerin performans avantajı sergiledikleri ve bunun da siyasi kontrol altındaki yönetimlere göre daha büyük bir avantaj yansıttığı bilinmektedir. Bu varsayımlara dayanarak, altyapı hizmetleri ve kamusal kolaylıkların sunumu üzerine yapılan tartışmalarda özel sektörün hizmeti üstlenmesi, hizmet sunum kalitesinin yükseleceği gibi bir algılamayı da beraberinde getirmektedir.

Kamu hizmetleri ve devletin imtiyaz sahibi olduğu hizmetlerin sunumuna özel sektörün katılımı olarak nitelendirilen "kamu-özel sektör işbirliği modeli", bugün kuzeyden güneye, doğudan batıya, gelişmekte olan ülkelerden, gelişmiş ülkelere kadar hemen hemen her ülkede uygulanmaktadır. Bu katılım süreci daha çok -Dünya Bankası'nın sektör ayrımı esas alınarak- enerji, telekomünikasyon, su-kanalizasyon ve ulaşım alanlarında kendini göstermektedir.

Modeli tanımlayan önemli unsurlardan bir diğeri de, kıt kaynaklarla kamunun artan ihtiyaçlarını karşılamasına katkı sağlamasıdır. Ayrıca modelin uygulanışında temel felsefe, alternatif finansal uygulamalarla kamuya ek kaynaklar kazandırılırken, aynı zamanda son teknolojilerin kullanımı ile birlikte yeni iş modelleri kullanılarak, daha etkili ve verimli muhtemel projelerin yürütülmesidir.

Kamu-özel sektör işbirliği uygulamasında, kamu otoritesi genel olarak önemli bir kontrol mekanizmasını elinde tutarak, kamu hizmetinin en iyi ve en uygun biçimde sunumunun sağlanmasını hedefler. Ancak, kamu-özel sektör işbirliği modeli, bilinen inşa sözleşmeleri, imtiyaz sözleşmeleri veya klasik ihale yöntemi ile yürütülen özelleştirme sürecini kapsayan ortaklıklar değildir. Özetle model, dar anlamda bir kamu ihalesi değildir. Klasik süreçte bir mal veya hizmet satın alınırken, söz konusu modelle birlikte kamu, özel sektör finansmanı ile bir mal veya hizmet sunumunun sağlayıcısı olmaya devam etmektedir. Özelleştirme uygulaması, hem mülkiyeti, hem işletmeyi tamamen özel sektöre devrederken, kamu-özel sektör işbirliği modeli ile sunulacak hizmet, uzun dönemli ihale edilir ve oluşabilecek risklere, varlıklara, hizmet kalitesine, uygulama eksikliğinden doğacak cezalara ve sermaye taahhüdüne ilişkin hükümler içeren bir sözleşmeye dayanır. Özelleştirme sonucunda, kamu sahip olduğu bir işten tamamen el çekerken, bu işbirliği sonucunda yeni bir iş süreci oluşturularak, bir sorumluluk altına girer.

Buna karşın, işbirliğinin özelliği birlikte hareket etmektir, rekabet değildir. Kârlılık veya tüketici boyutuyla mekanizmalar geliştirmek değil, kamu ve özel sektör olarak mali risklerin dağıtılması anlamını taşımaktadır. Ortaklık düzenlemeleri, rekabet baskısını artırmamakta, aksine azaltmaktadır. Bu sistemle, kamu ve özel sektör sahip oldukları özellikleri beraber bir iş yapmak üzere kullanmaktadırlar. Önceleri genellikle kamu ve özel sektör kavramlarını birbirinden ayırt eden ekonomik yaklaşım olur ve liberal doktrinlerle açıklanırdı. Ancak şimdi, kavramların kullanışı da değişim geçirmektedir. Bugün artık konu, hegemonyanın artması üzerine değildir. Paradoksal olsa da, aslında işbirliğinin bir yönüyle anti-liberal olduğu da söylenebilir. Zira kamunun faaliyet alanları işbirliği çerçevesinde genişlemektedir. İkinci olarak işbirliği kamu yöneticilerine yeni mekanizmalarla yeni görev ve sorumluluklar sunmaktadır.

Kamu-özel sektör işbirliği projelerinin gelişmesinin arkasında, sonucu kazan-kazan hedefi olan ve tarafların başarılı sonuçlara ulaşmayı bekledikleri bir durum söz konusudur. Bu tip ortaklıklarda, taraflar birbirlerinin geçmişteki durum-

Son yıllarda kamunun geleneksel hizmetlerini yürüttüğü alanlara, bazı mekanizmalar vasıtasıyla, özel sektörün de katılımı artmaya başlamıştır. Özel sektörün kamudan tartışılmaz bir şekilde daha verimli olduğu yaygın olarak kabul edilmektedir. Özel şirketlerin performans avantajı sergiledikleri ve bunun da siyasi kontrol altındaki yönetimlere göre daha büyük bir avantaj yansıttığı bilinmektedir.





Bundan önce kamunun tekelinde olduğu düşünülen birçok alana, özel sektörün katılımı gerçekleşmiştir. Bu durum beraberinde sorumlulukların, risk ve kârın paylaşımını getirmiştir. Kamu-özel sektör işbirliğinin ortaya çıktığı bu ortamda birçok gelişmekte olan ülke, modelin yaygınlaşması, bilinç düzeyinin yükselmesi ve kamuda konuyla ilgili farkındalığın artması için girişimlerde bulunmaktadırlar. Tüm bu olumlu yaklaşımlara rağmen, özel sektörün altyapı projelerine katılımı bazı nedenlerle sınırlı düzeyde kalmaya devam etmektedir.

larını, güçlü ve güçsüz yanlarını iyi anlamaları durumunda sonuçlar daha başarılı olmaktadır. Bir tarafta kamu, bütün projenin baştan sona sıkı ve yakın bir kontrol altında olması gerektiğine inanırken, diğer tarafta özel sektör, işini yürütebilecek en uygun ortamı aramaktadır. Ancak sorun kamunun yaklaşımının özel sektör tarafından "hoşgörüsüz bir engelleme ortamı oluşturmuş" gibi algılanıyor olmasıdır. Bütün bu faktörler, deneyim ve tecrübeler açıkça göstermektedir ki kamu sadece düzenleyici fonksiyonu icra etmeye başladığında sorunlar çözülmemekte aksine daha da büyümektedir. Yatırımcının kendini iyi hissetmesi, projeye fon aktarmaya devam etmesi için, kamunun da projenin bir ortağı olması daha büyük bir etki yapmaktadır. Yapım ve işletim aşamasında kârın bölüşümü iki tarafın da lehine sonuçlar doğurmaktadır. Bu noktada soru şu şekilde sorulabilir: Ortaklık hangi düzeyde gerçekleşmeli ve nasıl yürütülmelidir?

Aynı zamanda, kamu yönetimlerinin kısa dönemler için değişebildiği ve gücü bir anda kaybedebilecekleri hatırda tutulmalıdır. Bu noktada detaylı, dikkatli ve çok açık felsefi bir tanımlamanın gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Kamu ve özel sektör ortaklarının hedeflerini birlikte belirleyecekleri, bir ekip gibi mi hareket edecekleri ve proje sonunda ortaya çıkacak hizmete dönük olarak "ticari kullanıcılar ve hizmet sağlayıcılar" veya "klasik kullanıcılar ve tedarikçiler" olarak mı kendilerini konumlandıracakları önemlidir. Farklı şekillerde geliştirilmiş tüm ortaklıklarda çok farklı süreçler ve prosedürler yürütülmüştür. Başlangıç noktasında, yüklenicilerle yapılan görüşmelerden önce, özellikle rekabetçi bir ihale süreci geçirilmişse, kamunun açıkça ihaleye girenler ve ihaleleri arasında net bir mesafe sağlaması gerekmektedir.

KAMU-ÖZEL SEKTÖR İŞBİRLİĞİ TÜRLERİ

Özel sektörün kamu altyapı yatırımlarına katılımı farklı şekillerde gerçekleşebilmektedir. Genellikle, özel sektörün katılım düzeyi kamu-özel sektör işbirliği modelinin türünü belirleyen unsurdur. Klasik ihale (sözleşme) usulü, kamu-özel sektör işbirliği ve özelleştirme, kamu altyapı yatırımlarına özel sektör katılım türleri olarak sayılmaktadır. Bununla birlikte bazı uygulamalarda karma modelin de tercihi edildiği görülmektedir. Projelerin tasarlanmasından sonuçlanmasına, hatta hizmetin sunum süresi detaylarına kadar işbölümünü içeren ayrımlar olabilmektedir. Kamu-özel sektör ortaklığı çerçevesinde özel bir firmanın bir kamu hizmeti sunulacak binayı inşa etmesi, mülkiyetine sahip olması ve işletmesi söz konusu olabileceği gibi, bir kamu hizmetinin özel yönetimi, bir özel firmanın yeni bir kamu hizmet binasını kurması ve sonra tekrar hükümete kiralaması gibi uygulamalar da mümkün olmaktadır.

KAMU-ÖZEL SEKTÖR İŞBİRLİĞİ UYGULAMALARINDA BEKLENEN HEDEFLER

1990'dan günümüze kadar, altyapı projelerine kamunun mali katılımı radikalar değişimler göstermiştir. Bir yandan sınırlı bütçeler, öte yandan özel sektör yönetiminin kamu projelerine kazandırdığı etkinlik bu değişimleri hızlandırmıştır. Sonuçta kamunun rolü; finanse eden–sahip olan–yöneten olmaktan, düzenleyen–kolaylaştıran–garanti eden şekline dönmüştür. Aynı zamanda, bundan önce kamunun tekelinde olduğu düşünülen birçok alana, özel sektörün katılımı gerçekleşmiştir. Bu durum beraberinde sorumlu-

lukların, risk ve kârın paylaşımını getirmiştir. Kamu-özel sektör işbirliğinin ortaya çıktığı bu ortamda birçok gelişmekte olan ülke, modelin yaygınlaşması, bilinç düzeyinin yükselmesi ve kamuda konuyla ilgili farkındalığın artması için girişimlerde bulunmaktadırlar. Tüm bu olumlu yaklaşımlara rağmen, özel sektörün altyapı projelerine katılımı bazı nedenlerle sınırlı düzeyde kalmaya devam etmektedir. Özel sektörün önünde bulunan engelleyici faktörleri şu şekilde sıralayabiliriz:

* Kamu-özel sektör işbirliğini kolaylaştıracak hukuki alanda düzenleyici çerçeve eksikliği,
* Kötü planlanmış ihale ve sözleşme düzenlemeleri,
* Yüksek işlem maliyetleri,
* Politik riskler,
* Kamunun söz konusu işbirliği modellerindeki tecrübe eksikliği.

Bütün bu faktörler ışığında birçok gelişmiş ülkede özel sektör, zayıf iç pazar, istikrarsız makroekonomik çerçeve, yüksek faizler ve düşük yatırım kredi notları sebebiyle altyapı yatırımlarına katılmaya çekinmektedirler.

Yatırımların gerçekleştirilmesine duyulan ihtiyaçlara geniş bir pencereden baktığımızda, özel sektörün kamu yatırımlarına katılımı, “her şeyden önce yatırım alanlarının çekiciliğine”[2] ve makroekonomik istikrarın sağlanmasına bağlıdır. Kamu-özel sektör işbirliği kamu idaresi, özel sektör ve tüketici (toplum) olmak üzere üç sacayağı üzerinde konumlanmaktadır. İşbirliği sürecinin ilk aşaması kamunun altyapı ihtiyaç analizini gerçekleştirmesi ve bir yatırım kararı almasıdır. Projenin oluşturulması, planlanması ve finansmanın sağlanması aşamaları uzun bir süreci kapsamaktadır. Yatırım kararının alınması ve proje finansmanının özel sektörle birlikte yürütülmesine karar verilip projeye başlanması, hatta başarılı bir şekilde yatırımın tamamlanması, söz konusu altyapı yatırımının başarılı olarak nitelenmesi için yeterli değildir. Zira, özellikle tüketici kullanımına yönelik olarak gerçekleştirilen proje eğer bir kamu kolaylığının yürütülmesi ise, yatırımın başarılı sayılabilmesi için tüketicilerin, yani kullanan halkın sunulan hizmet kalitesi ve ücretinden memnun olması ile mümkündür. Bu noktadan hareketle, işbirliği sözleşmeleri kamu için projenin öncesi, yapım aşaması ve sonraki uygulama aşamaları için aynı derecede önemlidir: Hizmetin siyasal etkisi açısından sözleşme; kamunun, mali ayağı kadar işletme ayağı ile de yakından ilgilenmesini gerektiren önemli bir ayrıntıdır. Bu nedenle, kamu-özel sektör işbirliği sözleşmelerinde dikkat edilmesi gereken en önemli unsurlardan bir tanesini; kullanım bedelleri, kullanım yoğunluğu ve hizmet sunumunun uzun süre aynı kalite ile devam ettirilmesi gerektiğini ele alan maddeler oluşturmaktadır.

2- Çelen, “Kamu Altyapı Yatırımlarına Özel Sektörün Katılımı”, s. 287.

Ülkemizin bu noktada avantajı, gelişmiş ülke örneklerinden yola çıkarak daha önce yapılmış hataları tekrar etmemesi olacaktır. Ancak şu nokta da unutulmamalıdır ki, her ülkenin ekonomik, siyasi ve kültürel yapısı kamu-özel sektör işbirliği modellerinin geliştirilmesinde büyük önem taşımakta ve başarı için en önemli etkiyi oluşturmaktadır.

Kamu-özel sektör işbirliği ile dört temel amaç hedeflenmektedir: Ek kamu yararının sağlanması, hizmet kalitesinin arttırılması, finansman maliyetinin paylaşımı (risk paylaşımı) ve maliyet tasarrufu sağlanmasıdır. Bilindiği gibi, modelde karşılaşılan sorunların başında işlem ve operasyonel zorluklar gelmektedir.

Sonuç olarak kamu-özel sektör işbirliği modelinin başarılı sonuçlanması bir dizi faktörün gerçekleşmesine bağlıdır. Kamu-özel sektör işbirliği projelerini, uzun ömürlü altyapı yatırımları olması sebebiyle, projenin tamamını oluşturan tasarım, yapım, işletme ve sunum aşamaları bitirildikten sonra değerlendirmek daha doğru olacaktır. Projelerin tasarım, yapım, finansman ve işletme gibi safhalarını yakından ilgilendiren birçok etmen proje başarısını etkilemektedir. Özellikle altyapı yatırımı tamamlandıktan sonra işletme safhasında başarı faktörleri artış göstermekte ve projeler hizmet sunum kalitesine bağlı olarak değerlendirilmektedir.

Türkiye’nin artan proje stoku ve beklentileri hesap edildiğinde, kamunun yeni kaynaklara erişimi için etkin bir ortaklık mevzuatı hazırlaması son derece önemlidir. Şartların açık ve net olarak belirlendiği, iyi örneklerin üst düzeyde incelendiği ve tüm tecrübelerin paylaşıldığı geniş katılımlı bir yönetim mekanizması oluşturulmalıdır. Ülkemizin bu noktada avantajı, gelişmiş ülke örneklerinden yola çıkarak daha önce yapılmış hataları tekrar etmemesi olacaktır. Ancak şu nokta da unutulmamalıdır ki, her ülkenin ekonomik, siyasi ve kültürel yapısı kamu-özel sektör işbirliği modellerinin geliştirilmesinde büyük önem taşımakta ve başarı için en önemli etkiyi oluşturmaktadır.



Genel Sağlık Sigortacılığında Sağlık Harcamaları Yönetimine Yeni Bir Yaklaşım

Uzm. Dr. Hasan Çağıl
Sosyal Güvenlik Kurumu
Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürü

Giriş

Ülkemizin uzun zamandan beri ihtiyaç duyduğu sosyal güvenlik reformu, Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun yürürlüğe girmesiyle somut bir boyut kazanmış olup sonuçlarını doğurmaya başlamıştır. Bu bağlamda, ilk adım olarak SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı'nın tek çatı altında toplanması ve sosyal güvenlik hizmetlerinin tek elden sunulması amacıyla Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) kurulmuştur. Sosyal güvenlikte norm ve standart birliğinin garantörü olan SGK, herkesin sosyal güvenliğe adil bir biçimde ulaşmasını temin edecek şekilde sosyal güvenlik sistemini kurgulamakta ve örgütlemektedir. Bu amaca ulaşmak için gereken altyapı hazırlanmış olup, sosyal güvenlik mevzuatı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu olarak tek bir düzenleme haline getirilmiştir.

Tüm vatandaşların sağlık hizmetlerinden eşit şekilde yararlanmasına olanak tanıyan Genel Sağlık Sigortası sistemine 1982 Anayasasının 56'ncı maddesinde yer verilmiş olmasına rağmen, sistem ancak 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun yürürlüğe girmesiyle uygulanmaya başlanmıştır. Genel Sağlık Sigortası (GSS) sağlık hizmetlerini temel teminat paketi kapsamına alarak kişilerin öncelikle sağlıklarının korunması; sağlık riskleri ile karşılaşmaları halinde ise oluşan harcamaların finansmanının sağlanmasını içeren geniş bir sigorta sistemini ifade etmektedir. Sosyal güvenlik mevzuatında genel sağlık sigortası ile ilgili konularda verilen görevleri yapmak Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü'nün temel görevidir. Bu suretle, Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü, genel sağlık sigortalıları ve hak sahiplerinin hastalıklardan korunması amacıyla ilgili kamu idareleriyle eşgüdüm içinde politikaların geliştirilmesine ve etkin bir biçimde uygulanmasına yönelik faaliyetleri yürütmektedir. Buna paralel olarak, Genel Sağlık Sigortası sistemi, Sağlık Bakanlığı ile ortak olarak yürütülen "Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi" kapsamında geliştirilip uygulanmaktadır.



Geleneksel Yaklaşımdan
Genel Sağlık Sigortacılığı Anlayışına Geçiş

Genel Sağlık Sigortası sistemine geçilmesiyle gerek finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri yelpazesi genişletilmiş gerekse de sağlık hizmetlerinin sunumunda çağdaş anlayış benimsenmiştir. Hastalık tedavisi temelli geleneksel yaklaşımın aksine bireylerin sağlığının korunması ve geliştirilmesi esasına dayanan çağdaş sağlık yaklaşımında herkese sürekli hizmet hedeflenmektedir. Bu bağlamda, çağdaş sağlık anlayışında koruyucu hekimlik ve erken tanı ve tedavi büyük önem taşımaktadır. Toplum sağlığının iyileştirilmesi yönünde sağladığı katkılar bir yana, koruyucu hekimlik ve erken tanı ve tedavi, uzun vadede toplam tedavi maliyetlerini azalttığı için finansman yönünden de kayda değer avantajlar sunmaktadır.

Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanan sağlık hizmetlerine ilişkin harcamalar genel sağlık sigortalılarından toplanan primlerle finanse edilmekte olup, prim oranı kısa ve uzun vadeli sigorta kollarına tabi olanlar için % 12,5, sadece genel sağlık sigortasına tabi olanlar ile işsizlik, kısa

çalışma ödeneği ve iş kaybı tazminatından yararlananlar için ise % 12'dir. Belirli kıstaslar çerçevesinde prim ödeme gücüne sahip olmadığı tespit edilen vatandaşlarımızın primleri devlet tarafından karşılanmaktadır. 18 yaşından küçük çocuklar, anne ve babaları tescil edilmese veya prim ödeme ve diğer yükümlülüklerini yerine getirmeseler dahi genel sağlık sigortası kapsamına alınarak sağlık hizmetlerinden yararlanmaları sağlanmıştır. Ülke sınırları içerisindeki tüm vatandaşları sağlık güvencesine kavuşturan genel sağlık sigortası ile isteğe bağlı sigortalılar, vatansızlar ve sığınmacılar da kapsama dahil edilmiştir. Genel sağlık sigortalılarının ödedikleri primlerle oluşturulan fon sosyal sigortalar fonundan ayrı tutulmuş ve her iki sigorta arasında fon transferleri engellenmiştir. Böylece genel sağlık sigortası kapsamında tahsil edilen prim gelirleri, yalnızca yönetim giderleri ve genel sağlık sigortasından sağlanan sağlık hizmetleri ve diğer haklar için yapılan harcamalara tahsis edilmiştir.

Genel Sağlık Sigortası sisteminin icrasıyla görevli Sosyal Güvenlik Kurumu, hizmet satın alma yoluyla kaynakları kullanarak ortaya çıkan sağlık hizmetleri talebini kapsamı altında bulunan tüm sigortalılar ve hak sahipleri için hakkaniyete dayalı olarak karşılamaktadır. Bu bakımdan, Sosyal Güvenlik Kurumu sağlık hizmet sunucusu değil, finansör olarak sigortalıları namına sağlık hizmetlerinin en büyük satın alıcısıdır. Bu çerçevede, hem sağlık hizmeti talebi karşılanmış hem de sağlık hizmet sunanların bu hizmet karşısında elde edecekleri gelirler düzenlenmiş, sürekliliğe ve finansman güvencesine kavuşturulmuştur. Ayrıca sistem, genel sağlık sigortası kapsamında toplanan prim gelirleri ile yine bu kapsamda alınan sağlık hizmetlerinin ilişkisinin daha etkin bir biçimde kurulmasına imkân tanımıştır. Sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması, herkesin bu hizmetlerden eşit şekilde yararlandırılması ve sürdürülebilir bir sistem kurulması amaçlarıyla geliştirilen ve kurgulanan Genel Sağlık Sigortası sistemi temelde etkinlik ve verimlilik ölçütlerini faaliyetlerinde esas almaktadır. Bu açıdan ulusal kaynakların iktisadi ve akılcı kullanımı ve kaynak israfının önlenmesi bakımından sistem önemli bir rol üstlenmiştir. Sağlık hizmet bedellerinin belirlenmesinde Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Hazine Müsteşarlığı, Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu temsilcilerinden oluşan "Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırılma Komisyonu" görevlendirilmiştir. Öte yandan hizmet standartlarının saptanarak yurttaşlara yüksek kalitede hizmet sunulması bağlamında da önemli aşamalar kaydedilmiştir. Artık genel sağlık sigortalıları ve hak sahipleri çağın gerektirdiği standartlara sahip sağlık hizmetlerinden rahatlıkla faydalanabilmektedir. Bu yöndeki iyileştirici çalışmalar ortaya çıkan ihtiyaçlar, teknolojik imkânlar ve ekonomik dengeler göz önünde bulundurularak sürekli güncellenen dinamik bir yapıda sürdürülmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumu'nun özel sağlık hizmet sunucularıyla anlaşma yapmak suretiyle, sigortalıların ve hak sahiplerinin bu kuruluşlardan sağlık hizmeti alabilmelerine imkân tanımasıyla gerek sağlık sektöründe rekabetçi ortamın geliştirilmesi gerekse de sağlık hizmetlerinin kalitesinin arttırılması sağlanmıştır.

Genel Sağlık Sigortası kapsamında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, kişilerin sağlıklarını yitirmeleri durumunda ayakta veya yatarak tedavilerine ilişkin klinik muayene, laboratuar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, ko-

Hizmet standartlarının saptanarak yurttaşlara yüksek kalitede hizmet sunulması bağlamında da önemli aşamalar kaydedilmiştir. Artık genel sağlık sigortalıları ve hak sahipleri çağın gerektirdiği standartlara sahip sağlık hizmetlerinden rahatlıkla faydalanabilmektedir. Bu yöndeki iyileştirici çalışmalar, ortaya çıkan ihtiyaçlar, teknolojik imkânlar ve ekonomik dengeler göz önünde bulundurularak sürekli güncellenen dinamik bir yapıda sürdürülmektedir.





Hekimin lüzum görmesi halinde genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişilerin bulundukları yerleşim yeri dışına yapılan sevklerinde kendisinin ve bir refakatçisinin gidiş-dönüş yol gideri ve gündelikleri de SGK tarafından karşılanmaktadır. Yine yurtiçinde tedavisi mümkün olmayan hastalıklar için yurtdışına sevk edilen sigortalılar ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmet bedelleri ile yol ve gündelik giderleri de karşılanan hizmetler kapsamındadır.

nulan teşhise göre yapılan tıbbi müdahale ve tedaviler, hasta takibi ve rehabilitasyonu, organ doku ve kök hücre nakilleri, acil sağlık hizmetleri, hamilelik süresince yapılan takipler, tetkik ve tedaviler, doğum, ağız ve diş muayeneleri ve tetkikleri, diş çekimi, konservatif diş tedavisi ve kanal tedavisi, diş protez uygulamaları, tüp bebek tedavisi ile yukarda sayılan sağlık hizmetleriyle ilgili teşhis ve tedaviler için gerekli görülen kan ve kan ürünleri, kemik iliği, aşı, ilaç, ortez, protez, tıbbi cihaz, tıbbi araç-gereçler ve bunların bakım-onarım ve yenilenmesi karşılanmaktadır. Ayrıca hekimin lüzum görmesi halinde genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişilerin bulundukları yerleşim yeri dışına yapılan sevklerinde kendisinin ve bir refakatçisinin gidiş-dönüş yol gideri ve gündelikleri de SGK tarafından karşılanmaktadır. Yine yurtiçinde tedavisi mümkün olmayan hastalıklar için yurtdışına sevk edilen sigortalılar ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmet bedelleri ile yol ve gündelik giderleri de karşılanan hizmetler kapsamındadır.

Sağlık Harcamalarının Yönetiminde Bilgi Teknolojilerinin Etkin Kullanımı

Karşılanan sağlık hizmetlerinin kapsamının genişletilmesi, hizmet kalitesinin yükseltilmesi ve hizmete erişimin kolaylaştırılması sağlık harcamalarının nispeten artması sonucunu doğurmuştur. Bu bağlamda, Genel Sağlık Sigortası sisteminin karar alıcıları ve uygulayıcıları için sağlık harcamalarının izlenmesi ve kontrol altında tutulması büyük önem arz etmektedir. Ayrıca genel sağlık sigortası fonlarının etkili ve verimli kullanılması bakımından da sağlık harcamalarının dikkatli bir biçimde takip edilmesi gerekmektedir. Bu açıdan, sistemin yürütülmesinde bilgi yönetimi temel bir rol oynamaktadır. Ayrıca Sosyal Güvenlik Kurumu sistemin sürdürülebilirliğine katkıda bulunacak uygulamaları da hayata geçirmektedir. Bunların başında, sağlık hizmet kuruluşlarının, genel sağlık sigortalılarına ve hak sahiplerine verilen provizyon, ücretlendirme, faturalama ve tahakkuk işlemlerinin Sosyal Güvenlik Kurumu ile entegre ve eş zamanlı olarak gerçekleştirilmesini ve takibini sağlayan bilgi yönetimi sistemi olan “Medula” uygulaması gelmektedir.

Bilgi yönetiminin hayati önem kazandığı günümüzde Sosyal Güvenlik Kurumu’nun finansmanını yaptığı sağlık hizmetlerinin sunulması ve sağlık harcamalarının izlenmesi için web tabanlı çalışan, basit ve pratik bir servis kullanması büyük bir avantaj olarak görülmektedir. Medula uygulaması sosyal güvenlik reformunun bilişim ayağının en önemli bileşenidir. Medula sisteminin amacı harcamaları takip etmek, sağlık politikalarının geliştirilmesi amacıyla veri top-

lamak ve geri ödemeleri yapmaktır. Medula, SGK ile sağlık tesisleri arasında, sağlık tesislerinin iç süreçlerine müdahale etmeksizin,

• Sağlık hizmetinin alındığı kuruluşlardan gelen ve yapılan hizmetlere ait bilgi ile faturaların elektronik ortamda kaydının yapılabildiği, fatura bilgisini elektronik olarak toplanıldığı,

• Bu kayıtlar üzerinden gerekli inceleme ve kontrollerin yapılabildiği,

• Bu elektronik bilgiye dayalı hizmetlerin ödemesinin gerçekleştirildiği,

bütünleşik bir sistemdir.

Medula sisteminin bileşenlerini; "Hastane Uygulaması Sistemi", "Optik Sistemi", "Eczane Sistemi" ve "Malzeme Sistemi" oluşturmaktadır. Hastane uygulaması 2007'den bu yana kullanılmakta olan sisteme, optik uygulaması 1 Nisan 2008'de ve eczane uygulaması da 1 Mart 2010 tarihinde entegre edilmiştir. Genel Sağlık Sigortası sistemini hem geri ödeme kurumu hem de hizmet sunucuları açısından sürdürülebilir kılmak, Medula için biçilen temel hedeflerden biridir.

Bilgi yönetiminin hayati önem kazandığı günümüzde Sosyal Güvenlik Kurumu'nun finansmanını yaptığı sağlık hizmetlerinin sunulması ve sağlık harcamalarının izlenmesi için web tabanlı çalışan, basit ve pratik bir servis kullanması büyük bir avantaj olarak görülmektedir. Medula uygulaması sosyal güvenlik reformunun bilişim ayağının en önemli bileşenidir. Medula sisteminin amacı harcamaları takip etmek, sağlık politikalarının geliştirilmesi amacıyla veri toplamak ve geri ödemeleri yapmaktır.

Medula sistemi ile yapılan muayene, tetkik ve tedavilerin, Sağlık Uygulama Tebliği esaslarına uygunluğunun daha uygulama aşamasındayken kontrol edilebilmesi imkânı doğmuştur. Bunun yanı sıra, sağlık hizmet sunucularına yapılacak ödemelerin hızlı ve doğru şekilde yapılması sağlanmıştır. Ayrıca planlama ve risk analizlerinde kullanılmak üzere kapsamlı ve kaliteli veri üretilebilmesi Medula'nın sağladığı katkılar arasındadır.

Medula, geçilmesi planlanan e-reçete ve e-fatura uygulamalarının da altyapısını oluşturmaktadır. Elektronik reçete, hekimlerce elektronik ortamda düzenlenip imzalanan reçetelerdir. Bu sistem gerek hasta verilerinin daha doğru şekilde depolanması ve takibini sağlamak gerekse ilaçtaki suiistimallerin önüne geçmek bakımından önemli bir uygulama olarak görülmektedir. Ayrıca daha etkin hekim takibini de sağlayacak olan e-reçete sisteminin önemli ölçüde denetim kolaylığı da getireceği öngörülmektedir. Yine benzer bir mantıkla çalışacak olan elektronik fatura uygulaması, sağlık hizmet sunucularının sundukları hizmetlere ilişkin faturaları elektronik ortamda oluşturmalarını ve Sosyal Güvenlik Kurumu'na iletmesini ifade etmektedir. Bu uygulamanın hem kurumun ve sağlık hizmet sunucusunun iş yükünü hafifleteceği hem de operasyonel sorunların önemli ölçüde giderilmesini sağlayacağı düşünülmektedir.

Bunların yanı sıra, 1 Ekim 2010 tarihinde uygulamaya geçirilen e-rapor sistemi ile sağlık hizmeti sunucuları hastaların sağlık raporlarını elektronik ortamda düzenleyerek Medula sistemi üzerinden göndermeye başlamışlardır. Yeni uygulama ile eczaneden rapor girişlerinin kapatılması ve sadece sağlık hizmet sunucularınca Medula sistemi kullanılarak rapor kayıtlarının yapılması amaçlanmaktadır. Bu sayede olması gerektiği gibi sorumluluk, raporu düzenleyen hekim/hekimler ve onaylayan başhekime bırakılmıştır. Bu yöntemle hekimin yazdığı ve onayladığı raporun sorumluluğunu alması sağlanarak sahte rapor üretilmesinin önüne geçilmesi planlanmaktadır. Ayrıca mevzuat hükümleri doğrultusunda rapor kaydını sağlamak amacıyla sistem tarafından optimum düzeyde elektronik kontrolün yapılması da hedeflenmektedir. E-rapor uygulamasına geçilmesi suretiyle,

• Kuruma iletilecek evrak sayısında azalma,

• Yazılan rapor, kullanılan ilaçlar ve raporu düzenleyen





hekimlerin mesleki davranışları istatistiksel olarak takip edilebilmesi,

- Sahte rapor düzenlenmesi,
- Gereksiz rapor çıkartılarak ilaç suiistimalinin engellenmesi amaçlanmaktadır.

Sağlık harcamalarının yaklaşık % 20'sinin diyabet ve ilişkili hastalıklara yapıldığı düşünülmektedir. Kronik hastaların takibine yönelik olarak ilk aşamada diyabet ile alakalı elektronik rapor hazırlanmış olup hem hastaların takibi sağlayacağı hem de bu hastalara yönelik yapılan harcama tutarı tespit edileceği gibi, ilaçların hasta üzerindeki etkileri de takip edilebilecektir.

Ayrıca yine bu sayede ilaçların etkinliği sorgulanarak geri ödeme açısından tekrar değerlendirme fırsatı oluşacaktır. Bu sistem, diyabet alanında hazırlanacak tanı ve tedavi protokollerine de ışık tutacaktır. Yanı sıra, 1 Ekim 2010 tarihinde tarihinden itibaren epikriz raporları da hizmet detay belgesi ile birleştirilmiş olup artık epikriz raporlarında bulunması gereken her türlü bilgi, yani Medula hizmet kayıt aşamasında tedaviye ilişkin olarak yapılan tüm tetkik, tahlillerin sonuç bilgisi, yapılan ameliyatlar, kullanılan ilaç ve tıbbi malzemeler elektronik ortamda alınmaya başlanmıştır. Artık hastaneler sistem üzerinden hizmet detay belgesi üzerinde epikriz başlığı altında yer alan bilgileri görebilmekte, bu suretle şekil hatalarının da büyük oranda engellenmesine imkân tanınmaktadır.

Yukarıda bahsi geçen e-reçete, e-fatura ve e-rapor gibi elektronik sağlık uygulamaları, 4 Temmuz 2007 tarihli ve 26572 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 2007/16 sayılı "Vatandaşlık Kartı Projesi" konulu Başbakanlık Genelgesi doğrultusunda yürütülen çalışmaların bir bileşenidir. Bu çalışmaları anlamlı bir biçimde ahenkleştirecek nitelikte olan bir sonraki aşama olarak düşünülen "Akıllı Kart" projesi halihazırda geliştirilme safhasındadır. Proje, Devlet Planlama Teşkilatı'nın eşgüdümünde İçişleri Bakanlığı Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü, TÜBİTAK, SGK, Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmekte ve Bolu ilinde "Vatandaşlık Kartı Projesi" kapsamında pilot çalışma başlatılmıştır. Bolu ilindeki pilot uygulama 3 aşamalı olarak planlanmış olup şu anda 3. aşamaya, başlangıç aşamasına gelinmiştir. Bolu ilinde halihazırda yaklaşık 200.000 kişiye vatandaşlık kartı dağıtılmış olup bu kartlar Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi'ndeki dört klinikte, aile hekimliği merkezlerinde ve il merkezindeki tüm sözleşmeli eczanelerde kurulan kart erişim cihazları aracılığıyla kullanılabilir durumdadır. Böylece genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler yakın gelecekte kanuni olarak nüfus cüzdanının yerine geçecek olan, vatandaşa ait nüfus bilgilerini güvenli bir şekilde içeren T.C. Kimlik Kartı ile aile hekimlerine veya hastanelere başvurularında muayene yapılan ünitede bulunan kart erişim cihazına kartını takıp şifre, parmak izi veya parmak damar haritası gibi çeşitli güvenlik araçlarını kullanarak kimlik doğrulamasını yapacaktır. Bu noktada uygulamanın en büyük avantajı sağlık hizmeti almak için başvuru yapan kişinin hak sahibinin kendisi olup olmadığı sorgusunun sağlıklı bir biçimde yapılabilecek olmasıdır.

Öte yandan, sağlık giderlerinin önemli bileşenlerinden olan ilaç harcamalarının daha etkin izlenmesi ve ilaç sektörünün etkili bir biçimde düzenlenmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı'nca hayata geçirilen "İlaç Takip Sistemi" ile birlikte ilaçta karekod uygulamasına geçilmiştir. Bu bağlamda, 16 Mayıs 2010 tarihinden itibaren eczaneler, genel sağlık sigortalılarının ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin reçetelerine ilişkin işlemlerinde ilaçların karekodlarını kul-

Sağlık giderlerinin önemli bileşenlerinden olan ilaç harcamalarının daha etkin izlenmesi ve ilaç sektörünün etkili bir biçimde düzenlenmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı'nca hayata geçirilen "İlaç Takip Sistemi" ile birlikte ilaçta karekod uygulamasına geçilmiştir. Bu bağlamda, 16 Mayıs 2010 tarihinden itibaren eczaneler, genel sağlık sigortalılarının ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin reçetelerine ilişkin işlemlerinde ilaçların karekodlarını kullanmaya başlamıştır. Karekod ilaçlarda izlenebilirliği arttıran, içeriğinde ilaca ait barkod numarası, sıra numarası, son kullanma tarihi, parti numarası ve grup ayıracı bilgilerine yer veren iki boyutlu bir koddur.

lanmaya başlamıştır. Karekod ilaçlarda izlenebilirliği arttıran, içeriğinde ilaca ait barkod numarası, sıra numarası, son kullanma tarihi, parti numarası ve grup ayıracı bilgilerine yer veren iki boyutlu bir koddur. İlaç Takip Sistemi, ilaçların sahteciliğe karşı korunması ve güvenlik amacıyla takip edilmesini amaçlamaktadır. İlaç Takip Sistemi üzerinden üretici, ithalatçı, ecza deposu ve eczanelerden alınan bildirimler ile geri ödeme kurumlarından alınan satış onaylarının karşılaştırılması mümkündür. İlaç Takip sistemince, sistem üzerinde karekodlu olarak daha önce satışına onay verilen ürünün ikinci kez sistemden onay verilerek satılması engellenmiştir. Böylece ilaçtaki usulsüzlükler ve suiistimallerin önemli ölçüde önlenmesi planlanmıştır. 1 Temmuz 2010 tarihinden itibaren Sosyal Güvenlik Kurumu tüm ilaçların (istisnalar dışında) karekodlu olarak ödemesini yapmaktadır.

Genel Sağlık Sigortası sisteminin temel amacı öncelikle tüm vatandaşların sağlık güvencesi kapsamına alınması, sonrasında da yüksek kaliteli sağlık hizmetlerinin tüm kapsamdakilere adil bir biçimde sağlanmasıdır.

Sağlık harcamalarının yönetimi ve sistemin sürdürülebilirliği açısından denetim ve kontrollerinde önemi büyüktür. Mevcut Medula sistemine hekimlerin de kaydedilmesi ile sağlık harcamalarının hastane, eczane ve hekimler bazında takip edilmesi için gereken altyapı çalışması tamamlanmıştır. Fazla kullanım ve kötüye kullanımı engellemede "denetim geribildirimi" (auditor feedback) mekanizmasının etkili bir biçimde kullanılması, sağlık hizmetleri finansörlüğünü yapan geri ödeme kurumu için değerlendirilmesi gereken modern bir yöntem olarak dikkat çekmektedir. Bu yöntemde hastane, eczane ve hekimlere belirli periyotlarla yaptıkları işlemlere ve davranışlarına ilişkin geribildirimler raporlarla sunulur; böylece bu grupların hareketlerinin izlendiğinden haberdar olması suretiyle usulsüzlüklere girişme hususunda caydırıcılık sağlanmış olacağı düşünülmektedir. Ayrıca geribildirim mekanizması ile hastane, eczane ve hekimlere kendi gruplarının ülke geneli ortalamalar verilerek kıyaslama yapma imkânı sunularak kendi durumlarını değerlendirmeleri sağlanabilmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumu'nun henüz ilk safhasında olduğu bu uygulama kapsamında eczanelere geriye dönük 14 (on dört) aylık davranış seyirlerini ve ülke ortalamalarını içeren raporlar eczane sistemi üzerinden kullanıma açılmıştır. Bu çalışmalar ile normal davranış kalıplarının dışına çıkan paydaşların bir nebze de olsa normal davranış ideallerine girmesinin sağlanması hedeflenmektedir. Bu çalışmanın başka bir boyutu da, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere sağlık hizmetlerinden yararlanma geçmişi ve sebep olduğu maliyetlerin geribildirimi yapılarak onlara, yerinde ve akılcı kullanım bilinci aşılayabilmektir.

Sonuç

Genel Sağlık Sigortası sisteminin temel amacı öncelikle tüm vatandaşların sağlık güvencesi kapsamına alınması, sonrasında da yüksek kaliteli sağlık hizmetlerinin tüm kapsamdakilere adil bir biçimde sağlanmasıdır. Bu bağlamda, sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğinin arttırılması ve sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engellerin kaldırılması sistemin en önemli getirilerinden biridir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin çağın gerektirdiği standartlara yükseltilmesi de sistemin hedefleri arasındadır. Bütün bu motiflerle hareketle özel sağlık hizmet sunucuları da sisteme entegre edilmiştir. Ancak gerek sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması gerekse de sunulan hizmet kalitesinin yükseltilmesi maliyet arttırıcı girişimlerdir. Bu nedenle sağlık harcamalarının etkin bir biçimde izlenmesi geri ödeme kurumu için hayati öneme kavuşmuştur. Yanı sıra; özel sektör kuruluşlarından tedarikçi olarak yararlanılması da bu kuruluşların davranışlarının dikkatle takip edilmesi gibi bir yükümlülüğü de beraberinde getirmiştir. Bu açıdan, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun bilgi teknolojilerinden en etkin biçimde yararlanması hem sunulan hizmet kalitesinin arttırılması hem de denetim faaliyetlerinin kolaylaştırılması için gereklilik halini almıştır. Dahası, bilgi yönetiminin etkin kullanımı sayesinde politika ve strateji geliştirilmesi çalışmalarına temel dayanak olacak verilerin sağlıklı bir biçimde toplanması, derlenmesi ve sunulmasına imkân tanınmıştır.

KAYNAKLAR

- *Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Bakanlığının Değişen Rolü* (2007), Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Serisi-6.
- Gülter, Ö.(2009),"Sağlıkta Dönüşüm", *Sosyal Güvenlik*, Yıl:1,S.3, s.12-13.
- Sıvacı, C. (2007), "Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye'de Uygulanabilirliği", *Bütçe Dünyası*, S. 24, C. 2, s. 32-40.
- *Sosyal Güvenlik Reformu El Kitabı* (2008), Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı.
- Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu, Kanun No. 5502, *Resmi Gazete*, Yayın tarihi ve sayı: 20/5/2006 – 26173.
- Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, *Resmi Gazete*, Yayın tarihi ve sayı: 16/6/2006 – 26200.
- Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, *Resmi Gazete*, Yayın tarihi ve sayı: 9/11/1982 – 17863 (Mükerrer).
- Vatandaşlık Kartı Projesi ile İlgili Başbakanlık Genelgesi, Genelge No. 2007/16, *Resmi Gazete*, Yayın tarihi ve sayı: 4/7/2007 – 26572.



Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Harcamaları

Yard. Doç. Dr. S. Haluk Özsarı
İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi

Sağlık harcamaları; siyasi ve teknik karar vericiler, sağlık finansmanı ve hizmet sunumunda görev alanlar ve hatta sağlık hizmetini kullananlar için, sadece Türkiye'de değil tüm dünya ülkelerinde önemli bir gündem maddesidir. Sağlık hizmetlerine coğrafi ve finansa ulaşılabilirlik ile insan kaynağı ve teknoloji maliyetlerinin artışı, nüfusun yaşlanması, hizmet arzına yönelik nitelik ve çeşitlilik arayışları gibi unsurlar sağlık harcamalarındaki artışın önde gelen nedenleri arasında yer alır.

2008 yılında dünyada toplam olarak 4,1 trilyon Amerikan Doları tutarında sağlık harcaması yapıldığı, bu toplamın 2,3 trilyon Amerikan Doları olan bölümünün Amerika Birleşik Devletleri'nde gerçekleştiği gösterilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2010 yılı verilerine göre; 2007 yılında ülkelerin, gelişmişlik düzeylerine göre farklılık göstermekle birlikte, gayrisafi yurtiçi hasılalarının en az % 1,9, en fazla % 19,1'ini sağlık harcamaları oluşturmaktadır. Aynı veriler, Türkiye'de ise bu oranın 2007 yılında % 5 olduğunu göstermektedir.

2008 yılında dünyada toplam olarak 4,1 trilyon Amerikan Doları tutarında sağlık harcaması yapıldığı, bu toplamın 2,3 trilyon Amerikan Doları olan bölümünün Amerika Birleşik Devletleri'nde gerçekleştiği gösterilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2010 yılı verilerine göre; 2007 yılında ülkelerin, gelişmişlik düzeylerine göre farklılık göstermekle birlikte, gayrisafi yurtiçi hasılalarının en az % 1,9, en fazla % 19,1'ini sağlık harcamaları oluşturmaktadır. Aynı veriler, Türkiye'de ise bu oranın 2007 yılında % 5 olduğunu göstermektedir.

ABD'de Başkan Obama'nın geçtiğimiz yıl kabul edilen Sağlık Reformu kapsamında, 2008-2018 yıllarına ait yapılan projeksiyon çalışmasında; 2003 yılında 1,7 trilyon Amerikan Doları ile gayrisafi milli hasılanın % 15,8'i, 2007 yılında da 2,2 trilyon Amerikan Doları ile % 16,2'si olan sağlık harcamasının, 2018 yılında 4,4 trilyon Amerikan Doları'na ulaşarak gayrisafi milli hasılanın % 20,3'ünü oluşturacağı gösterilmektedir. Aynı çalışma, 2018 yılında kişi başı sağlık harcamasının 13.100 dolara ulaşacağını öngörmektedir.

1960-2000 yılları arasında, OECD ülkelerinde toplam sağlık harcamalarının, 40 yılda ortalama 3 kat artış gösterirken, Türkiye'de bu değişimin 1992-2008 yılları arasında 6,48 milyar dolardan 50,91 milyar dolara ulaşarak 8 katı bulduğu City of London College uzmanlarının Ocak 2009

Tablo 1: Sağlık Harcaması Fon Kaynaklarının Yüzde Dağılımı, 2007

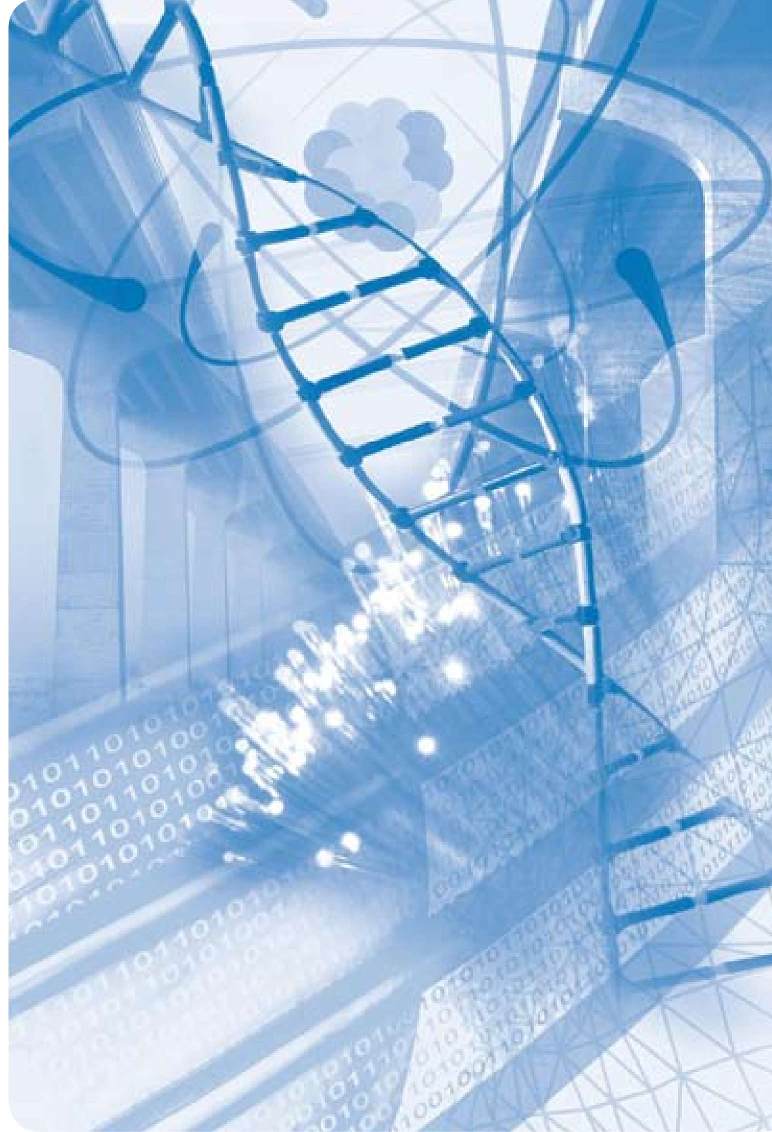
ÜLKELER GELİR GRUBU	TOPLAM KAMU HARCAMASI	
	MERKEZİ SOSYAL	HÜKÜMET SİGORTA
Düşük Gelir Grubu Ülkeler	41,9	11
Düşük Orta Gelir Grubu Ülkeler	42,4	37,2
Yüksek Orta Gelir Grubu Ülkeler	55,2	38
Yüksek Gelir Grubu Ülkeler	61,3	41,8

tarihli yayımlanmış çalışmasında ifade edilmektedir. Dolayısıyla, Türkiye'de sağlık harcamalarının 2000-2008 yılları arasındaki sadece sekiz yıllık süredeki artış oranı 4 kata ulaşmaktadır.

Tablo 1'de (WHO, 2010:138-139), 2007 yılında ülkelerin gelir gruplamasına göre merkezi hükümet ve sosyal sigorta olarak sağlık harcaması fon kaynaklarının dağılımı görülmektedir. Toplam kamu sağlık harcamalarının merkezi hükümet ve sosyal sigorta oranı sırasıyla, en fazla % 61,3 ve % 41,8 ile yüksek gelir grubuna dahil ülkelerde yapılmaktadır. Düşük gelir grubuna dahil ülkelerde ise bu oran, sırasıyla % 41,9 ve % 11'dir. Türkiye'nin toplam kamu sağlık harcamaları içindeki merkezi hükümet ve sosyal sigorta oranları, sırasıyla % 69 ve 50,3'tür.

Tablo 2'de (WHO, 2010:138-139), 2000-2007 yılları arasında, ülkelerin toplam sağlık harcamalarının gayrisafi milli hasılaya (GSYİH) oranlarındaki değişim görülmektedir. 2000 ve 2007 yılları arasındaki artış yönündeki en fazla değişim, % 11,2 ile Düşük Gelir Grubu Ülkeler'de gerçekleşirken, Türkiye'de bu değişim % 4,9'dan 5'e artış şeklinde olmuştur.

Tablo 3'te (WHO, 2010:138-139), 2000-2007 yılları arasında, ülkelerde satınalma gücü paritesine göre ABD doları olarak, kişi başı sağlık harcamalarının değişimi görülmektedir. 2000 ve 2007 yılları arasındaki artış yönündeki; en fazla değişim % 86 ile Düşük Orta Gelir Grubu Ülkeler'de, en az değişim % 51 ile Yüksek Gelir Grubu Ülkeler'de gerçekleşirken, Türkiye'de bu değişim 432 ABD dolarından 677 ABD dolarına artışla % 55,9 olmuştur.



Şekil 1'de sunulan, Dünya Sağlık Örgütü'nün Mart 2010'da güncellediği 25 doların altı ile 5.000 doların üstünde ülkelerin yer aldığı 2007 kişi başı sağlık harcaması haritasına göre; 1.001 doların üstü kişi başı sağlık harcamasının Kanada, ABD ve bazı Kuzey ile Batı Avrupa ülkelerinde görüldüğü, 25 doların altı kişi başı sağlık harcamasının ise Afrika ve bazı Asya ülkelerinde olduğu dikkat çekmektedir.

Tablo 4'te, 1992-2008 yılları arasında, Türkiye'de sağlık harcamaları değişimi gösterilmektedir. Tablo'ya göre, Türkiye'de 16 yıllık süre içinde; kamu sağlık harcamaları 8,03 kat, toplam sağlık harcaması 8,45 kat, kişi başına düşen sağlık harcaması 6,87 kat, özel sağlık harcaması 9,32 kat, toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki oranı ise 2.19 kat artmıştır.

Tablo 2: Toplam Sağlık Harcamaları GSYİH Oranlarının Yüzde Dağılımı, 2000-2007

ÜLKELER GELİR GRUBU	2000	2007
Düşük Gelir Grubu Ülkeler	**4,7**	**5,3**
Düşük Orta Gelir Grubu Ülkeler	**4,4**	**4,3**
Yüksek Orta Gelir Grubu Ülkeler	**6,2**	**6,4**
Yüksek Gelir Grubu Ülkeler	**10,2**	**11,2**

Tablo 3: Satınalma Gücü Paritesine Göre ABD Doları Olarak,Kişi Başı Sağlık Harcamalarının Değişimi, 2000-2007

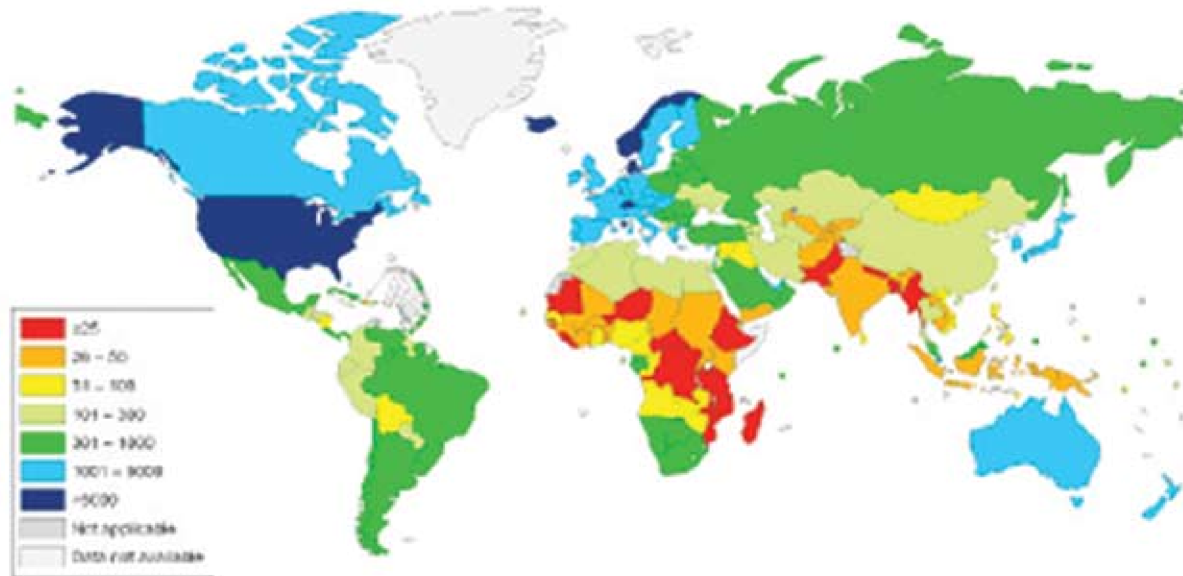
ÜLKELER GELİR GRUBU	2000	2007
Düşük Gelir Grubu Ülkeler	37	67
Düşük Orta Gelir Grubu Ülkeler	97	181
Yüksek Orta Gelir Grubu Ülkeler	454	757
Yüksek Gelir Grubu Ülkeler	2745	4145

Sağlık harcamalarının artışının doğal olduğu hiçbir zaman unutulmamalıdır. Sağlık hizmetlerine önceden daha az ulaşan ve hatta ulaşamayan nüfusun hizmete ulaşımı, bu doğallığın en önemli nedenidir. Artan talep, teknoloji ve maliyet ile yaşlanan nüfus da, bu doğallığı açıklamaya haklılık kazandırabilecek faktörler olarak sayılabilir. Ayrıca, sağlık harcamalarının alt başlıkları ve toplamında, gelişmiş ülkeler düzeyine ulaşabilmemiz için bu artışın desteklenmesi de doğru olabilir. Ancak, bu artışın öngörülebilir olması ve alınan önlemlerin sağlık hizmeti kalitesi ile ulaşılabilirliğine zarar vermemesi gerekir.

2008 yılında, OECD ve Dünya Bankası tarafından "OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri TÜRKİYE" adlı yayın yapılmıştır. Bu yayının, "Kilit Önerilerin Özeti" bölümünde, genelde sağlık sistemini ama özelde de sağlık harcamalarını ilgilendiren öneriler bulunmaktadır. Bu önerilerin bazıları şunlardır:

- *Sağlık hizmetleri alanındaki toplam kamu harcamaları üzerinde SGK tarafından sıkı bir üst limit uygulanması,*
- *Sevk olmadan hastanelerin ayakta tedavi birimlerine yapılan başvurular için katkı payı ödemesinin uygulanması,*
- *İlaç fiyatlarında daha fazla indirim yapılmaya çalışılması ve akılcı ilaç reçetelendirme uygulamasının hayata geçirilmesi,*
- *Şu an ihtiyaç duyulan doktor sayısı artışının sağlanmasının ardından, orta ve uzun vadede doktorluk mesleğine girişin kontrol altına alınması,*
- *Önümüzdeki beş yılda Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmasına devam edilmesi,*
- *Hastane ve birinci basamaktan sağlık hizmetlerinin satın alımı işlerinin, yönetim kapasitesi uygun olduğunda SGK'ye devrinin tamamlanması,*
- *DRG ve toplu ayakta tedavi ödeme sistemlerinin tamamlanması ve risklerin hizmet sunuculara yönetilen bakım ilkelerine dayalı olarak devredilmesi için yeni sistemler geliştirilmesi,*
- *DRG ödemesini desteklemek, verimlilik ve maliyet etki-*

Şekil 1: Ülkelere Göre Kişi Başı Sağlık Harcaması, 2007





lilik konularına daha fazla ağırlık vermek üzere performans yönetimi sisteminin reforme edilmesi,

- *Uygun yönetim kapasitesine sahip hastanelere daha fazla özerklik verilmeye devam edilmesi,*
- *Karar alma için daha güçlü bilgi teknolojileri sistemlerine yatırım yapılması,*
- *Sağlık teknolojileri değerlendirmesini üstlenmek, sağlık reformlarını izlemek ve değerlendirmek üzere kapasite geliştirilmesi,*
- *GSS'ye kayıtların ve katkı ödemelerinin artırılması, ödeme gücünün dikkatle izlenmesi,*
- *Bakanlıklar arasında kapsamlı halk sağlığı konularının ele alınması,*
- *Sağlık Bakanlığı'nın kılavuzluk kapasitesinin geliştirilmesine devam edilmesi…*

Aynı yayında, 2008-2033 yıllarına ilişkin "Sağlık Harcamaları İçin Alternatif Büyüme Yollarının Aktüeryal Analizi" adlı bölümde de, maliyet kısıtlama tedbirleri olmaksızın, sağlık harcamalarını GSS bünyesinde etkin düzeylerde yapmak pek mümkün görünmediği ifade edilerek, "maliyet kısıtlama" ve "maliyet kısıtlayıcı olmayan" senaryolar sunulduğu, maliyet kısıtlama senaryosu altında sağlık harcaması GSYİH'den yılda sadece % 1,09 daha hızlı artacağı, maliyet kısıtlayıcı olmayan senaryo altında ise sağlık harcaması GSYİH'den yılda sadece % 2,41 daha hızlı artacağı belirtilmektedir.

Ayrıca analiz bölümünün sonunda; "…İki senaryonun mali etkilerinin farklılıklarının oldukça net olduğu maliyet kısıtlama tedbirleriyle, genel sağlık harcamasının 2011'de GSYİH'deki % 5,9 oranından 2033'te GSYİH'nin % 7,4 oranına olmak üzere, % 1,5 oranında artacağı, SGK sağlık harcamasının GSYİH'deki payının % 3,6'dan % 4,5'e olmak üzere % 0,9 puanlık bir artış sergileyeceği ,SGK'nin genel gelir payının da, belirgin derecede, ancak sürdürülebilecek ölçüde, büyük olmayan bir artışla, % 33'ten % 46'ya yükseleceği" ifade edilerek; maliyet kısıtlayıcı tedbirler söz konusu olmadığında ise sağlık harcaması baz yıldaki GSYİH'nin %5,9'undan 3,8 puanlık bir artışla 2033'te % 9,7 oranına yükseleceği dile getirilmektedir.

Tablo 4: Sağlık Harcamalarının Değişimi, Türkiye, 1992-2008

ÜLKELER GELİR GRUBU	1992*	2000**	2008***
Kamu Sağlık Harcaması (milyar ABD doları)	**4,04**	**8,26**	**32,45**
Özel Sağlık Harcaması (milyar ABD doları)	**1,98**	**4,87**	**18,46**
Toplam Sağlık Harcaması (milyar ABD doları)	**6,02**	**13,13**	**50,91**
Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması (ABD doları)	**103**	**194**	**708**
Toplam Sağlık Harcamaları (%)	**3,7**	**6,6**	**8,1**

** TOKAT, M. ,Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı, 1992-1998.*
*** Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Hesapları, 2000.*
**** City of London College Uzmanları Çalışması, Hospital Manager, s. 68, Ocak 2009.*

Söz konusu Yayın'da; aşağıda sıralanan sorulara da yer verilmektedir;

• Maliyet kısıtlayıcı bir çaba olmaksızın, mali anlamda karşılanabilir bir bağlama yerleştirmek amacıyla yetkililerin, GSYİH payı olarak merkezi hükümet harcamalarından, sağlık harcamalarına yönelik % 2'nin üzerinde bir tahsisat yapabilecekler mi?

• Türkiye'de merkezi hükümet harcaması, mevcut durumda GSYİH'nin % 20'sinden biraz daha fazla olduğundan, yetkililer, altyapı ve eğitim gibi kritik kamu harcaması önceliği taşıyan alanlardan % 10 oranında kesinti yaparak, bütçenin % 10'unu sağlığa yeniden tahsis edebilecekler mi?

• Alternatif olarak Türkiye, bu tür muhtemel gelecek sağlık harcamalarındaki artışları karşılamak üzere, gelir/GSYİH oranını 2 puan daha artırabilecek mi? …"



Sağlık harcamalarının artışının öngörülemezliği; aktüeryal denge ile ucu açık kamu sübvansiyonları riskine yol açabilir ve yaklaşık 40 yıldır tartışarak sonunda uygulamasına kavuştuğumuz Genel Sağlık Sigortası (GSS) finansal sürdürülebilirliğine zarar bile verebilir. Bu olası zararı önleyebilmek için, özellikle Avrupa Ülkelerinin yıllardır uyguladığı, hizmetin sunum ve finansmanına ilişkin farklı modeller bulunmaktadır. Tüm bu modellerin özü, kamu ve özel sektör kaynakları arasında belirlenmiş alanlarda risk paylaşımı yoluyla, ödeme gücü olanlara yönelik tamamlayıcı ve/veya destekleyici bir ilişki kurulamasına dayanır. Geliri yüksek kesimlerle maliyet ve risk paylaşımı yaklaşımı, özellikle SGK'nın gelirlerinin giderlerini karşılama oranı göz önüne alındığında, kaynak kısıtlılığının olumsuz etkilerini azaltmak için önemli bir araç olabilecektir. Bu bağlamda, GSS ile ilgili yasal düzenlemede yer verilen ancak yaklaşık 3 yıldır yalnızca yazılı mevzuatta kalan "Tamamlayıcı Sağlık Sigortası" uygulaması ile bir yandan sağlık harcamalarının öngörülebilir artışı yoluyla finansmanın sürdürülebilirliğine olumlu katkı sağlanmış olur, diğer yandan "tek tip" yerine çeşitlilikler oluşturularak sağlık hizmetini seçme şansı mümkün kılınmış olur.

Sağlık harcamalarının artışının öngörülemezliği; aktüeryal denge ile ucu açık kamu sübvansiyonları riskine yol açabilir ve yaklaşık 40 yıldır tartışarak sonunda uygulamasına kavuştuğumuz Genel Sağlık Sigortası (GSS) finansal sürdürülebilirliğine zarar bile verebilir. Bu olası zararı önleyebilmek için, özellikle Avrupa Ülkelerinin yıllardır uyguladığı, hizmetin sunum ve finansmanına ilişkin farklı modeller bulunmaktadır.

Sağlık harcamaları konusunda Türkiye için bir başka vurgulanması gereken nokta da; değişik kaynaklardan farklı verilere ulaşılmasıdır. Özel araştırmalarda bulunan sonuçlardaki farklılıklar, yöntem, zaman dilimi gibi nedenlerle farklı olabilir, ancak farklı kamu kaynaklarından elde edilen ve hatta bazıları yayınlanmış verilerde bile farklılıkları anlayabilmek mümkün olamamaktadır. Gelişmiş ülkelerdeki gibi, kamu, özel, cepten harcama vb. uluslararası kabul edilmiş alt başlıklar altında, "ulusal sağlık hesapları" anlayışıyla, kıyaslanabilir ve standardize edilmiş yöntemlerle, yıllık olarak tek bir kurum tarafından hazırlanmalı ve paylaşılmalıdır.

"Sosyal Devlet" anlayışının gidebildiği her yere götürülmesi özellikle sağlık hizmetleri için "olmazsa olmaz"dır. Ancak, bu anlayışın nereye kadar götürülürse, sağlık alanında "Gerçek bir Sosyal Devlet" olunabileceğine ilişkin tartışmalar, sadece ülkemiz için değil, tüm dünya ülkelerinde siyasi, akademik ve bürokratik çevrelerde yapılmaktadır. Tartışmanın özü, sağlık hizmetlerini kimin ve nasıl finanse etmesi ile kimin ve nasıl sunması temelinde yoğunlaşmaktadır. Tartışmanın tek bir galibi veya mağlubu yoktur, çünkü bu konuda hiç bir zaman tek tarafı olan doğru bir model kurulamamıştır. Dünya deneyimleri; ülkelerin kendi koşullarına göre; kimin, neyi, ne kadar ve nasıl yapacağına doğru karar verilebilmesine ve bunu tutarlı uygulayabilmesine dayanmaktadır. İşin özü, kamusal bir hizmet olan sağlık sektöründe, kamu ve özel gibi mülkiyet ayrımlarına gitmeden "kamu yararı"nı sağlamaktır. Sağlık harcamalarının öngörülemeyen artışı



"Sosyal Devlet" anlayışının gidebildiği her yere götürülmesi özellikle sağlık hizmetleri için "olmazsa olmaz"dır. Ancak, bu anlayışın nereye kadar götürülürse, sağlık alanında "Gerçek bir Sosyal Devlet" olunabileceğine ilişkin tartışmalar, sadece ülkemiz için değil, tüm dünya ülkelerinde siyasi, akademik ve bürokratik çevrelerde yapılmaktadır.

ile karşılaştığımızda, geç olmaması için, kamu yararını hiç gözden uzak tutmamalıyız.

KAYNAKLAR

1. City of London College Uzmanları Çalışması (2008), *Hospital Manager* Dergisi, Sayfa. 68, Ankara, Ocak 2009.

2. Çelik, Eren, İzbudak, Köylüoğlu, Özsarı ve Şimşek (2003), *Tamamlayıcı Sağlık Sigortası*, İstanbul.

3. European Observatory on Health Care Systems Series (2002), *Funding Health Care Options for Europe*, ISBN 0 335 22924 6, Philadelphia.

4. European Observatory on Health Systems and Policies Series (2004), *Social Health Insurance Systems in Western Europe*, ISBN 0 335 21363 4, New York.

5. Health Reform in USA (2010), www.healthreform.gov.

6. İstatistik Ofisi, Medicare & Medicaid Servisleri Merkezi. Ulusal Sağlık Harcamaları Tahminleri 2008–2018. Baltimore (MD): CMS; 23 Şubat 2009.
http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/03NationalHealthAccountsProjected.asp

7. OECD Health Data (2009), OECD 2009.

8. "OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri TÜRKİYE" (2008), OECD ve Dünya Bankası 2008, www.sourceoecd.org/socialissues/9789264051089.

9. Health At A Glance OECD (2005), OECD Indicators 2005, ISBN 92-64-01262-1.

10. Özsarı, Salih Haluk (2005), "Genel Sağlık Sigortası Sürecinde Gelinen Son Nokta", *İşveren Dergisi*, Kasım 2005, TİSK Yayını, Ankara.

12. Özsarı, Salih Haluk (2006), "Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nda Özel Sağlık Sigortaları", Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği II.Ulusal Sigorta Sempozyumu Sunumu, 16 Mayıs 2006, İstanbul.

13. Özsarı, Salih Haluk (2009), "Sosyal Güvenlik Kurumunun Özel Sektörle Etkili İşbirliği İçin Model Önerisi", Özel Sağlık Şirketlerinin Karşılaştığı Sorunlar ve Çözüm Önerileri Konferansı Sunumu, 7 Nisan 2009, Ankara.

14. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü (1998), "Sağlık Hizmeti Finansmanına Yönelik Trendler", *Avrupa Sağlık Reformu Mevcut Stratejilerin Analizi*, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayını, ISBN 975 590 016 0, Ankara.

15. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü (2004), *OECD Sağlık Hesapları Sistemine Göre Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000*, Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Yayını, ISBN 975 590 109 4, Ankara.

16. Tokat, M., *Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1998* (1999), Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayını, Ankara.

17. WHO Europe Health For All Database (2010), WHO 2010.



Sağlık Turizmine Radyolojik Bakış

Uzm. Dr. Hakan Bahadır
MÜSİAD Sağlık Sektör Kurulu Başkanı

Genel olarak sağlık turizmi ve özel olarak da tıbbı ya da medikal turizm 1990'lı yıllarda ortaya çıkmış ve günümüze kadar oldukça önemli gelişmeler göstermiştir. Bu nedenle, konuya ilişkin akademik çalışmaların da özellikle son 10 yılda yoğunlaştığı görülmektedir.

Sağlık turizmi *klimatizm* (temiz havadan yararlanma), *termalizm* (kaplıca) ve *üvalizm* (meyve-sebze kür tedavisi) gibi belirtilen biçimlerin doğmasına da yol açmıştır ve bunlara ek olarak daha çok tedavi ve cerrahi müdahale amaçlı seyahatleri vurgulayan *medikal turizm* de son dönemlerde sağlık turizminin önemli bir unsuru olarak turizm literatürüne girmiştir.

Turistlerin geleneksel olarak tatil, dinlenme, eğlenme ve kültür gibi amaçlarının yanı sıra, tarihsel olarak sağlık amaçlı seyahat ettikleri de bilinmektedir. Avrupa'da 18. yüzyılda kaplıcalara gitmenin halk arasında yaygınlaşması sayesinde sağlık turizmi hareketlerinin başlangıcına kaplıcaların öncülük ettiği söylenebilir.

Medikal Turizm ya da Tıp Turizmi

Sağlık turizmi, insanların kendi ülkelerindeki yüksek tedavi giderleri nedeniyle diğer ülkelere giderek tıbbi tedavilerini ya da operasyonlarını bu ülkelerde daha düşük bir ücret karşılığında gerçekleştirmeleri ile oluşan turizm hareketleri olarak tanımlanmaktadır.

Tedavilerin giderleri hastaların bulunduğu ülkeye göre % 50, % 70 ve hatta bazı durumlarda % 80'e kadar maliyet tasarrufu sağlamaktadır. Bu turizmin gelişmesinde en önemli etken düşük tedavi giderlerinin yanı sıra, bu ülkelerde gelişen tıp teknolojisi, düşük ulaştırma giderleri ve internet pazarlaması gibi etkenlerdir.



İnsanların artık beden sağlığına daha fazla önem vermesi ve sağlıklı yaşam tarzının benimsenmesi kozmetik cerrahi, kaplıcalar, emeklilik toplulukları, fitness merkezleri gibi oluşumlarda talep artışına yol açmıştır. Batı ülkelerinde uzun süren ameliyat sıra bekleme zorunlulukları, bu hastaları başka seçeneklere zorlamaktadır.

Özellikle gelişmiş Batı ülkelerinde, II. Dünya Savaşı sonrasındaki hızlı nüfus artışı artık yerini düşük doğum oranına ve gittikçe yaşlanan nüfusun ağırlığına bırakmıştır. Günümüzde gelişmiş ülkelerde 65 yaşın üstündeki nüfus % 20-25'lere yaklaşmış durumdadır ve 2050 yılında yaşlı nüfus oranının % 50'ye ulaşacağı tahmin edilmektedir. Bu nüfus yüksek gelirli, fiyat duyarlılığı düşük, ancak pazarlama karmasının diğer unsurlarını önemsemektedir (bölge, kalite, hizmet vb.). Bu durum sağlık turizmi için önemli bir pazar yaratmaktadır.

İnsanların artık beden sağlığına daha fazla önem vermesi ve sağlıklı yaşam tarzının benimsenmesi kozmetik cerrahi, kaplıcalar, emeklilik toplulukları, fitness merkezleri gibi oluşumlara talep artışına yol açmıştır. Batı ülkelerinde uzun süren ameliyat sıra bekleme zorunlulukları, bu hastaları başka seçeneklere zorlamaktadır.

Medikal turizm pazarında, günümüzde birçok Asya ülkesi hâkim durumdadır, ancak çok sayıda ülke de pazara girmeye çalışmaktadır. Özellikle Hindistan, oldukça düşük fiyatları ile pazarda önemli bir yer edinmiştir. Bu ülke sağlık turizm sektörünün hacmini 2012 yılına kadar 1,2 milyar pounda kadar yükseltmeyi hedeflemektedir. Dünya genelinde ise 2006 yılı verilerine göre, sağlık turizmi toplam harcamaları 60 milyar dolara ulaşmıştır ve 2012 yılına kadar bu rakamın 100 milyar dolara ulaşması beklenmektedir. ABD'deki sağlık turizmi harcamalarının 5,5 milyar dolar, Avrupa'da 3,5 milyar Euro civarında olduğu, yaklaşık 120 yıldır sağlık turizmine hizmet veren Macaristan, Çek Cumhuriyeti ve Romanya gibi ülkelerden Çek Cumhuriyeti'nin bu sektörden kazancının 1 milyar doları aştığı belirtilmektedir .

Radyolojik Açıdan Sağlık Turizmi

Sağlık turizminde Türkiye, en güvenilir ülkeler arasında gösteriliyor. Türkiye'nin rakiplerine göre, avantajları arasında ucuz sağlık hizmetinin yanı sıra sağlıkta ABD ve Avrupa standardının yakalanması, önemli rol oynamaktadır.

Türkiye'deki sağlık hizmetinden yararlanan kişiler, hem dünya pazarında, hem de kendi ülkesindeki ücretlerle mukayese ettiğinde; aynı kalitede aldığı hizmeti çok daha ekonomik ücretlere aldığını görebilmektedir. Tedavi maliyeti gelişmiş ülkelere nazaran % 40 daha ucuz ve yüksek teknolojiyle hizmet verilmekte. Bu fiyat, ABD'deki ücretlerin dörtte biri ile onda biri arasında değişiyor.



Yurtdışı ile aynı teknik ve teknolojik cihazlarla yapılan tanı tedavi ve cerrahi müdahaleler Türkiye dışındaki ülkelerde oldukça yüksek bedellerle uygulanmaktadır. Örnek olarak yurtdışında 250 Euro olan Bir MR incelemesi, ülkemizdeki hastanelerde 50 Euro'dur.

Yurtdışı ile aynı teknik ve teknolojik cihazlarla yapılan tanı tedavi ve cerrahi müdahaleler Türkiye dışındaki ülkelerde oldukça yüksek bedellerle uygulanmaktadır. Örnek olarak yurtdışında 250 Euro olan Bir MR incelemesi, ülkemizdeki hastanelerde 50 Euro'dur.

Yirmi yıl öncesine kadar sadece röntgen cihazlarıyla verilebilen hizmetler, bilgisayar teknolojisindeki hızlı gelişmeler sayesinde artık çok çeşitli ve gelişmiş cihazlar kullanılarak gerçekleştirilmektedir.

Artık Türkiye'de birçok merkez yüksek teknoloji ürünü, en gelişmiş radyolojik cihazlara sahip olup tüm diagnostik ve girişimsel radyolojik işlemler yapılmaktadır. Görüntüleme Merkezleri, hasta ve doktorların tanı ve tedavi amaçlı tüm taleplerini karşılayabilecek teknik donanıma ve tecrübeli doktor kadrosuna sahiptir. Personel işlemler sırasında hastaların rahat etmesini sağlama konusunda maksimum özeni göstermektedir.

Radyologlar genel radyoloji, bilgisayarlı tomografi, Dental tomografi, mamografi, panoramik röntgen, kemik dansitometre, manyetik rezonans görüntüleme, ultrasonografi, renkli Doppler ultrasonografi, anjiografi gibi sadece diagnostik işlemleri değil ayrıca girişimsel işlemleri de yapabilecek bilgi ve deneyime sahiptir. Tüm teşhis ve tanı amaçlı işlemler uzman doktor ve teknisyenlerle yapılmaktadır.



Çağdaş radyoloji teknikleri, dijital intra ve ekstra radyografi sayesinde pek çok avantaj sağlamıştır. Günümüzde bu teknikler sayesinde artık üç boyutlu analizler yapabilmekte; maruz kalınan ışın miktarı ve harcanan süreyi kısaltmakta ve daha etkin teşhis ve tedaviler yapabilmektedir.

Tüm nörolojik incelemeler (beyin, boyun ve vertebral kolon), vasküler anjiografi (periferal, intrakranial, karotis ve aorta), abdomen, toraks ve kardiyak incelemeler, meme MRG, kas-iskelet sistemi incelemeleri, MR kolanjiopankreatikografi (MRCP), fetal MRG ve fonksiyonel MRG incelemeleri yapılabilmektedir. Fonksiyonel MRG teknikleri, kan oksijen düzeyine bağımlı görüntüleme (BOLD), diffüzyon ve perfüzyon MRG, MR spektroskopi ve beyin omurilik sıvısı akım analizini kapsamaktadır. Mamografi ve ultrasonun kesin tanı koyamadığı olgularda meme kanserinin tanısına yönelik meme MRG yapılabilmektedir. MRCP incelemeleri bilier ve pankreatik kanalları noninvazif olarak görüntüleyebilmekte olup hızla tanısal amaçlı ERCP incelemelerinin yerini almaktadır. Departmanda her yaştaki hastalar için anestezi kullanımını gerektiren radyolojik incelemeler uzman anestezi doktoru gözetiminde yapılabilmektedir.

Bilgisayarlı tomografi ile koroner anjiove ve diğer anjiolar yapılabilmektedir. Örneğin klasik Tüm Batın BT'si sırasında aynı seansta Tüm Batın BT Anjiosu yapılabilmektedir. Böylece klasik Tüm Batın bilgileri yanı sıra Renal Arter darlıkları, Aort ve İliak darlıklar ve atheroskleroz, tüm mezenterik arterler, hatta hepatik arter dalları gibi en ince ayrıntısına kadar damarlar izlenebilmektedir (ayrıca tüm venöz yapılar, portal ven, splenik ven gibi). Ayrıca böbrek taşı değerlendirilmesinde klasik BT görüntüleri yanı sıra BT ürografi tetkiki aynı seansta gerçekleştirilerek İ.V.P. tetkikinden daha fazla bilgi edinilebilmektedir. Tüm BT görüntüleri 3 boyutlu olup koronal, sagital ve multiplanar görüntüler ile daha önceden görülemeyecek şekilde bilgiler edinilebilmektedir.

Sanal bronkoskopi bu cihazın yapabildikleri arasındadır. Sanal kolonoskopi, kolonoskopi yapılamayan veya tamamlanamayan birçok vakada çok değerli bilgiler vermektedir.

Üç boyutlu görüntülemeler özellikle kemik yapılarının görüntülenmesinde ve ortopedik radyolojide üç boyutlu çok özel görüntüler verebilmektedir..

Radyoloji departmanı "Telemedicine'' uygulamalarını yapabilecek teknolojik altyapıya sahiptir. "Telemedicine" uygulamaları farklı ülkelerdeki merkezler arasında dijital imajların internet aracılığı ile transferini sağlamakta olup doktorlar arasında bilgi alışverişini ve konsültasyonu mümkün kılmaktadır. Merkezlerimizin radyoloji departmanlarında PACS sistemini uygulamaya sokmuştur. Tüm radyografik incelemeler bu sistem sayesinde dijital olarak saklanabilmekte ve internet aracılığı ile film okuma odalarındaki iş is-

tasyonlarına gönderilerek herhangi bir filme basılmaksızın monitörlerden değerlendirilebilmektedir.

Çağdaş radyoloji teknikleri, dijital intra ve ekstra radyografi sayesinde pek çok avantaj sağlamıştır. Günümüzde bu teknikler sayesinde artık üç boyutlu analizler yapabilmekte; maruz kalınan ışın miktarı ve harcanan süreyi kısaltmakta ve daha etkin teşhis ve tedaviler yapabilmektedir.

Dünyada sağlık alanındaki teknolojinin son yirmi yıldaki gelişimi baş döndürücüdür. Türkiye'de bu alanda yaşanan gelişmeler dünyaya paralel bir hızla ilerlemektedir. Teknoloji üreten ülkelerin piyasaya sunduğu her ürün neredeyse üretime sunulmasının hemen ertesinde Türkiye'de pazarını buluyor ve bir şekilde nihai kullanıcının hizmetine girebiliyor.

Dünyada nüfus artışıyla refah düzeyi de mutlak değer olarak artıyor. Yaşam beklentisinin 80 civarı olduğu bir ortamda, insanlar bu süreyi konforlu geçirmek istiyor ve düzenli olarak bakım yaptırıyor. Dolayısıyla, erken teşhise verilen ağırlık tedavinin önüne geçiyor.

2003 yılında Türkiye'den yurtdışına tedavi olmak için giden hasta sayısı 38 bin 843 iken, 2009'da bu sayı 30 bin 822'ye düşmüştür. Yurtdışından tedavi için Türkiye'ye gelen gurbetçi sayısı 2003'te 36 bin 556 iken yine 2009'da bu sayı 68 bine yükselmiştir. Benzer bir artış tedavi için Türkiye'ye gelen yabancı insan sayısında da yaşanmıştır. 2003'te tedavi için gelen hasta sayısı 103 bin iken 2008'de bu sayı 132 bine çıkmıştır.



Böylelikle ülkemiz, özellikle diş veya estetik cerrahi ihtiyacı olan hastalar için potansiyel olarak tercih edilen bir yer haline geliyor. Bu yönde uygulanan hizmetlerde formalitelerin kısa sürede bitirilmesi, diğer taraftan zaman tasarrufunu da olumlu açıdan etkiliyor. Türk toplumuna özel "Türk konukseverliği" de bu anlamda kazanılan önemli artılardan biri sayılıyor.

Bugün Türkiye, dünyada birçok yere kıyasla tedavi sonrası dinlenebilmek için de çok güzel bir ülkedir. Aynı zaman dilimlerinde dört mevsimi birden yaşatan iklim koşulları, Avrupa'ya, Türkî Cumhuriyetlere ve Arap ülkelerine olan yakınlığı, ulaşım imkânlarının çokluğu ülkemizin popülaritesini arttırıyor.

Ayrıca Türkiye'deki üniversiteler tıp eğitimini ABD ve Batı modellerini esas alarak uyguluyor. Birçok doktor eğitimini yurtdışında tamamlıyor. Tıp alanındaki yenilikleri ve takip edilmesi gerekli şeyleri İngilizce olarak takip ediyor.

Ekonomiye Katkısı

Sağlık turizminde insanların en çok dikkat ettikleri şeyler sırasıyla kalite, şeffaflık ve fiyatlandırmadır.

Dünyada her yıl 2 milyondan fazla hastanın kendi ülkeleri dışındaki bir başka ülkenin hastane ve kliniklerini ziyaret ettiği tahmin ediliyor.

2003 yılında Türkiye'den yurtdışına tedavi olmak için giden hasta sayısı 38 bin 843 iken, 2009'da bu sayı 30 bin 822'ye düşmüştür. Yurtdışından tedavi için Türkiye'ye gelen gurbetçi sayısı 2003'te 36 bin 556 iken yine 2009'da bu sayı 68 bine yükselmiştir. Benzer bir artış tedavi için Türkiye'ye gelen yabancı insan sayısında da yaşanmıştır. 2003'te tedavi için gelen hasta sayısı 103 bin iken 2008'de bu sayı 132 bine çıkmıştır.

İstatistikler, Türkiye'nin sağlık turizmi alanındaki gelirlerinde önemli artışlar olduğunu göstermektedir. Buna göre 2003 yılında 91 milyon dolar olan Türkiye'nin sağlık turizmi alanındaki gelirleri, 2009 yılında 225 milyon dolara yükselmiştir.



Yazı: Yard. Doç. Rahmi Oruç Güvenç*

TÜMATA ve Türk Musikisinin Müzik-Terapi Çalışmaları

TÜMATA; Türk Musikisi'nin tarih ve coğrafya bakımından devamlılık ve bütünlük gösterdiği inancı ile Türk'ün bulunduğu her yerin musikisini detayı ile incelemek ve yaşatmak çabasındadır. Üç yüzden fazla otantik Türk musikisi aleti bu gaye ile toplanmış ve bir müze oluşturulmuştur. CD, DVD, video, nota, arşiv çalışmaları ile musiki değerlerimiz toplanmakta ve sayıları otuzu bulan grup üyeleri tarafından etnomüzikoloji konserleri ile meraklılara ve ilim-sanat topluluklarına sunulmaktadır.

Yurtiçinde ve yurtdışındaki seminer, sempozyum ve festival faaliyetleri de TÜMATA'nın önemli bir çalışma alanıdır. Geçtiğimiz yıllarda Avusturya'daki müzik terapi okulu ile birlikte, üç sempozyum, iki festival ve çeşitli ülkelerde pek çok seminer düzenlenmiştir. Bu sempozyum ve festivallerde, Türk musikisine etnomüzikoloji ve tıp açısından bakılmış ve EEG, EKG, galvanometre gibi parametrelerle değerlendirilen laboratuvar bulguları gündeme getirilmiş, Türk musikisinin tedavi değeri psikiyatri, pedagoji, fizik tedavi ve rehabilitasyon konularında, bu sempozyumlarda kabul görmüştür.

İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Felsefe Bölümü'nü bitirdikten sonra, Türk musikisinin doğuşunu, gelişmesini, tedavi değerini, repertuar ve

enstrüman zenginliğini araştırmak ve tanıtmak amacı ile 1976 yılında TÜMATA (Türk Musikisini Araştırma ve Tanıtma) grubunu kurduk. TÜMATA, 1991- 1995 tarihlerinde İstanbul Üniversitesi Etnomüzikoloji Araştırma ve Uygulama Merkezi'ne bağlı olarak faaliyet gösterdikten sonra, Marmara Üniversitesi Türkiyat Araştırmaları Enstitüsü'nde, Türk Musikisini Araştırma ve Tanıtma Birimi olarak faaliyetine devam etmiştir. TÜMATA'nın idealleri ve çabaları yurtiçinde ve yurtdışında radyo, TV programları, çeşitli basın organları tarafından duyurulmaktadır.

1985-1986 yıllarında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği'nde, Prof. Dr. Ayhan Songar'ın yanında müzikle tedavi konusunda klinik psikoloji doktorasını tamamladıktan sonra da Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde Türk Musikisini Araştırma ve Uygulama Merkezi'ni kurduk.

Bu dönemde Avusturya ile bağlantı kurulmuş ve çalışmaların bir kısmı bu ülkede yürütülmeye başlanmıştır. 1986 yılında tanıştığım magister ve Doktor Gerhard Kadir Tuçek, bu tarihten beri Avrupa bağlantılarının, Avrupa ülkelerindeki okul-kurs çalışmalarının, konserler ve seminerlerin genel koordinatörlüğünü yürütmektedir. Yine 1986 yılında, Viyana'da Etnomüzikoloji Vakfı kurulmuş, 1989 yılında da okul çalışmaları başlamıştır.

Türk makam musikisi ile reseptif terapi uygulamaları sırasında otizmden, psikolojik çocuk hastalıklarından geriatriye kadar çeşitli psikolojik ve fizik hastalıklarda olumlu değişmeler ve iyileşmeler gözlenmesinden hareketle, 90'ların başında konu laboratuar ortamına taşınmıştır. Berlin Urban Hastanesi'nde yapılan çalışmalarda nörofizyoloji laboratuar şefi Doç. Dr. Leopard Gutjhar ve Köln Üniversitesi'nden Prof. Machleid EEG'de slow alfa ritmi değerlendirmeleri ile duygu kalıpları bulmuşlardır. Dr. Gutjhar, hazırladığım kasetlerle EEG çalışmaları yapmış ve "ilaç kadar tesirli sonuçlar" aldığını açıklamıştır. Böylece en az bin yıllık makam müziği ile tedavi geleneği, bugünün laboratuarında doğrulanmıştır.

Klinik proje ve uygulama çalışmaları arasında en eskisi olan ve 1993 yılında Viyana Meidling klinikte başlayan nöroloji çalışması tamamlanmıştır. 2000 yılından beri kardiyoloji ve 2001'den beri de onkoloji

2007 yılında, Gazi Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi Bölümünde yapılan otistik ve spastik çocuklara müzik ve hareket terapisi çalışmalarında da Türk müzik ve hareket terapisinin hiperkinezik hareketliliği ve basmakalıp-yineleyici davranışları azalttığı, karşılıklı sosyal etkileşimi ve sözel iletişimi arttırdığı görülmüştür. Terapi sonrasında ÇODÖ ile değerlendirilen otistik belirtilerin şiddetinde anlamlı azalma saptanmış ve müzik ve hareket terapisinin otistik bozukluklu çocuk ve ergenlerde sözcüklerin kullanılmadığı bir iletişim aracı ve otistik bozukluğun tedavisinde özel eğitim desteği ve bireysel psikoterapilere eklenebilecek etkili ve önemli bir terapi seçeneği olduğu sonucuna varılmıştır.





Günümüzde müzik terapi, daha çok Batı etkisinde, Batı müzikal repertuarı, enstrümanları ve yaklaşımıyla icra edilmektedir. Ülkemizde de ya müzik ya da tıp kökenli ilgililer tarafından yapılan uygulamalarda ağırlıklı olarak bu yol tutulmaktadır.

çalışmaları sürdürülmektedir. Engelliler konusundaki çalışmalar 1993 yılından beri sürmektedir. Ayrıca geriatri ve immünoloji projeleri de devam etmektedir.

1997 yılında Münih Müzik ve Tiyatro Akademisi (Hochschule), Avusturya Rosenau Müzik Terapi Okulu ve Marmara Üniversitesi arasında bir eğitim protokolü oluşmuş ve "Türk müziği ile terapi eğitimi pilot projesi" başlatılmıştır.

Pilot projenin başarılı olması ile Avusturya Rosenau'da müzik terapist yetiştiren bir okul açılmış, 1999 yılında G. Kadir Tuçek tarafından Etnomüzik Terapi Enstitüsü kurulmuş ve buna paralel olarak Mannheim, Münih, Berlin, Zürih, Madrid, Barselona'da kurulan altı merkezde Türk müziği ile tedavi, enstrüman icrası ve repertuar eğitimi verilmeye başlanmıştır. Yetişen öğrenciler ülkelerinde, devlete bağlı ya da özel sağlık kuruluşlarında müzik terapist olarak hizmet vermektedirler. Bu ülkelerdeki eğitim günümüzde de sürmektedir.

2007 yılında Gazi Üniversitesi Algoloji Anabilim Dalında, Prof. Dr. Avni Babacan'ın işbirliği ile kronik ağrılı hastalara müzik ve hareket terapisi uygulaması çalışması yapılmıştır. Yirmi kronik ağrı hastası ile yapılan çalışmada müzik terapi öncesi ve sonrasında 0-10 arasında VNS (verbal nümerik skala) skoru değerlendirilmiş ve müzik ve hareket terapisi sonrasında ağrı skorlarında anlamlı (% 40'a varan) bir azalma kaydedilmiştir (p=0,0001).

Kronik ağrı hastalarında yapılan bir başka ölçümde de, terapi öncesi ve sonrasında, kan örneklerinde, stres ve ağrı durumlarında artan ACTH ve Kortizol'a bakılmış ve müzik terapi sonrası bu değerlerde anlamlı azalma kaydedilmiştir (p=0,04).

2007 yılında, Gazi Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi Bölümünde yapılan otistik ve spastik çocuklara müzik ve hareket terapisi çalışmalarında da Türk müzik ve hareket terapisinin hiperkinezik hareketliliği ve basmakalıp-yineleyici davranışları azalttığı, karşılıklı sosyal etkileşimi ve sözel iletişimi arttırdığı görülmüştür. Terapi sonrasında ÇODÖ ile değerlendirilen otistik belirtilerin şiddetinde anlamlı azalma saptanmış ve mü-

zik ve hareket terapisinin otistik bozukluklu çocuk ve ergenlerde sözcüklerin kullanılmadığı bir iletişim aracı ve otistik bozukluğun tedavisinde özel eğitim desteği ve bireysel psikoterapilere eklenebilecek etkili ve önemli bir terapi seçeneği olduğu sonucuna varılmıştır.

2007-2008 yıllarında gerçekleştirilen bir diğer çalışma da, hasta memnuniyeti projesi içinde Medical Park Bahçelievler Hastanesi'nde, ameliyat ve anestezi korkusu duyan hastaları rahatlatmayı, doğum ve ameliyat sonrasında yaşanan ağrıların dindirilmesine katkıda bulunmak amacıyla, farklı rahatsızlığı olan hastalara müzik ve hareket terapisi uygulamasıdır.

Bu çalışmalara ek olarak, müzik ve hareket tedavisinde kullanılan müzik aletleri ve etnik malzemeleri ihtiva eden bir müze tarafımızdan oluşturulmuş ve burada dört yüze yakın enstrüman toplanmıştır. Aynı merkezde, yurtdışında 80'lerden beri sürmekte olan ve Ankara'da da 2006 yılında başlayan "müzik terapi enstrümanları icrası" eğitimine paralel olarak bu enstrümanların icrası da öğretilmektedir. Adı geçen eğitimlerde kullanılan müzik aletleri ve Türk dünyasına ait pek çok enstrüman, TÜMATA'nın kendi atölyesinde imal edilmektedir.

Günümüzde müzik terapi, daha çok Batı etkisinde, Batı müzikal repertuarı, enstrümanları ve yaklaşımıyla icra edilmektedir. Ülkemizde de ya müzik ya da tıp kökenli ilgililer tarafından yapılan uygulamalarda ağırlıklı olarak bu yol tutulmaktadır.

En az 6.000 yıllık bir geçmişi olduğu ileri sürülen Türk musikisinin günümüze ulaşabilmiş repertuar, icra şekilleri, dansları, kıyafet ve dekorları, sosyo-kültürel ve psikolojik kaynakları, modern tıpta yeniden keşfedilen müzik terapinin uygulama malzemeleri, TÜMATA'nın genel faaliyet konularıdır. Bu maksatla yurtdışında sekiz merkez kurulmuş, Avusturya'da, daha sonra enstitüye dönüşerek üniversite düzeyinde diploma verir hale gelen, bir müzik terapi okulu açılmıştır. Ayrıca yurtiçinde ve yurtdışında sayısız seminer, konferans, konser ve müzik kursu çalışması ile görevimizin gereklerini bilinçle yerine getirmeye çalışmaktayız.

Avrupa'da yetiştirilen öğrencilerin sağlık sektöründe hizmet vermeye başlaması, çalışmanın ülkelerin sağlık bakanlıkları düzeyinde ele alınmasını gerektirmiş, bu vesile ile geçmişten gelen kültürel değerlerimiz klinik ve laboratuar araştırmalar ile doğrulanmıştır. Günümüzde, Türk müzik ve hareket terapisi geleneği, öğrencilerimiz tarafından, Avusturya, Almanya, İspanya ve İsviçre'de, üniversiteler, özel klinikler ve devlet hastanelerinde uygulanmaktadır.

Düşüncemiz, yaklaşık otuz yıldır yürüttüğümüz ve ilgili çevrelerce sahiplenilerek dünya çapında tanınmış bu çalışmaların, bir üniversite ya da bir enstitü bünyesinde bir araya getirilmesi yolundadır. Bu şekilde, yurtiçinde ve özellikle yurtdışında çeşitli platformlarda elde edilmiş olan bilgi birikimi ve tecrübe, köklü bir kurumda değerlendirilme fırsatı bulacaktır.





Seneler önce Rahmi Oruç Güvenç'in Almanya çalışmalarına katılan bazı müzisyenler kendisinin Türk kültürüne, tarihine ve sanatına yaklaşım tarzından etkilenerek bunun bir benzerinin kendi kültürleri için de uygulanabileceğini düşünürler. Bu düşünceden doğan Passelande grubu otantik Alman enstrümanları ile eski Alman müziklerini icra etmeye başlar.

Çabalarımız, bir kişilik bir çalışmanın sınırlarını aşmıştır. Bu çabaların devamlılığı, sürdürülebilirliği ve gelecek kuşaklara aktarılabilir olması için müesseseleşmesi gerekmektedir.

Düşüncemiz, yaklaşık otuz yıldır yürüttüğümüz ve ilgili çevrelerce sahiplenilerek dünya çapında tanınmış bu çalışmaların, bir üniversite ya da bir enstitü bünyesinde bir araya getirilmesi yolundadır. Bu şekilde, yurtiçinde ve özellikle yurtdışında çeşitli platformlarda elde edilmiş olan bilgi birikimi ve tecrübe, köklü bir kurumda değerlendirilme fırsatı bulacaktır. Böylelikle, bin yıllar öncesinden gelen kültürel değerlerimiz, bu kez Avrupa'nın bilimsellik taleplerini de karşılayacak bir şekilde, anavatanına döndürülmüş ve bu değerlerin ait oldukları yerde korunması, yozlaştırmadan geliştirilmesi, uygulanması ve gelecek nesillere aktarılması sorumluluğu yerine getirilmiş olacaktır.

KARŞILAŞTIĞIMIZ BAZI İZLENİMLER

Almanya'dan Bir Grup: Passelande

Seneler önce Rahmi Oruç Güvenç'in Almanya çalışmalarına katılan bazı müzisyenler kendisinin Türk kültürüne, tarihine ve sanatına yaklaşım tarzından etkilenerek bunun bir benzerinin kendi kültürleri için de uygulanabileceğini düşünürler. Bu düşünceden doğan Passelande grubu otantik Alman enstrümanları ile eski Alman müziklerini icra etmeye başlar.

2010 yılında Türkiye'den İstanbul ve Almanya'dan Essen şehirleri Avrupa Kültür Başkenti ilan edilmişlerdir. TÜMATA ve Passelande grupları bu yıl bu uygulamalarını, İstanbul 2010 Avrupa Kültür Başkenti Ajansı faaliyetleri bünyesinde 2010 Kasım ayında İstanbul – Essen/Ruhr konserleri şeklinde hazırlamak ve sunmak için yola çıkmışlardır. Bu konserlerde, eski Türk müzik ve hareket terapisi, enstrümanları, repertuarları, uygulamaları, klasik ve spritüel Türk musikisi icraatı ile Alman grup Passelande tarafından orijinal eski Alman folklorik müzik örnekleri sunulacaktır.

Duygulandıran Bir Mektup

Birkaç sene önce, bir yurtiçi turu sırasında verilen TÜMATA konserinin ardından elden bir mektup aldık. Güzel bir dille yazılmış mektup, özet olarak şunları söylüyordu:

"Hayatımın zor bir dönemini yaşıyorum. İçinde bulunduğum durumu değiştirebileceğime değin umudumu yitirmiş ve artık intihar etmeyi düşünmeye başlamıştım. Derken yolum sizin konserinize düştü. Yaptığınız müziği dinlerken yaşadığım

duygular bakış açımı değiştirdi ve intihar düşüncesini zihnimden uzaklaştırdı. Sizlere teşekkür ederim."

Bir Katılımcı Mektubu: Tülay Ramoğlu

"Merhabalar,
Ben, Tülay Ramoğlu. Geçtiğimiz yaz Gökçedere'de 40 gün, semada 20 gün kadar kaldım. Orada birlik ve beraberlik duygularının en güzel tezahürlerini gördüm ve yaşadım, çok mutlu oldum. Sevgili hocalarımıza ve sizlere sonsuz teşekkürler. Bu arada benim için çok önemli olan bazı fiziksel iyileşmeler oldu, bunları sizinle paylaşmak istiyorum.

Benim daha önceden el ve parmak eklerimde kireçlenmeler vardı, elimi yıllardır tam olarak kapatamıyordum, sol ayak baş parmağımda da bir burkulmadan dolayı yıllardır geçmeyen bir ağrı vardı, bu konuda fizik tedavisi de gördüm, ancak fazla bir iyileşme olmadı.

2010 yılında Türkiye'den İstanbul ve Almanya'dan Essen şehirleri Avrupa Kültür Başkenti ilan edilmişlerdir. TÜMATA ve Passelande grupları bu yıl bu uygulamalarını, İstanbul 2010 Avrupa Kültür Başkenti Ajansı faaliyetleri bünyesinde 2010 Kasım ayında İstanbul – Essen/Ruhr konserleri şeklinde hazırlamak ve sunmak için yola çıkmışlardır.

Gökçedere'den döndükten sonra şaşkınlıkla gördüm ki parmaklarım son derece rahatlamış, ayak parmağımdaki ağrı geçmişti ve artık ellerimi kapatabiliyordum. Bu iyi hal hâlâ devam ediyor, bunu sizlere bildirmeyi bir borç biliyorum. Birlik halindeki müziğin tedavi gücüne inancım perçinlendi. Bu enerjinin tüm dünyaya yayılması dileğiyle,

Sevgiler, saygılar…

Tülay Ramoğlu"

DİPNOT

* TÜMATA (Türk Musikisini Araştırma ve Tanıtma) grubunun kurucusu.





Türkiye'de Sağlık Turizmi Endüstrisi

Dr. Dursun Aydın
Sağlık Turizmi Derneği Başkanı

İkamet edilen yerden başka bir yere (yurtiçi veya yurtdışına) herhangi bir sebeple sağlık hizmeti almak için yapılan seyahate "sağlık turizmi", seyahat eden de "sağlık turisti" olarak nitelendirilmektedir.

Sağlık turizmi 3 ana başlıkta değerlendirilmektedir. Sağlık Turizmi Politikasının geliştirilmesinde, mevzuat düzenlemelerinde ve insan kaynakları planlamasında bu 3 ana başlık göz önünde bulundurulmalıdır:

1) Tıp turizmi (hekim merkezli),

2) Termal ve spa turizmi (yardımcı sağlık personeli ve diğer personel merkezli),

3) Yaşlı ve engelli turizmi (doğrudan sağlık personeline ihtiyaç yok, kısa süreli eğitim ve sertifikasyon alan personel hizmet verebilir).



Dünyada sağlık turizmi hızla gelişmektedir. Son yıllarda sağlık turizmi cirosu 100 milyar dolar/yıldır, bunun 40 milyar doları sadece tıp turizminden elde edilmektedir.

Sağlık turizmini tetikleyen sebepler;

1) Bazı ülkelerde hastaların uzun bekleme listeleri,

2) Daha ucuza sağlık hizmeti temin edebilme,

3) Kendi ülkesinde ileri teknoloji ve kalifiye eleman, insan kaynağının olmayışı,

4) İletişim ve ulaşımın çok gelişmesi,

5) Özellikle gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfusun ve kronik hastalıkların oranının yükselmesi.

Ülkemiz, sağlık turizmi açısından bulunduğu coğrafik konum, uygulanan sağlık dönüşüm programı sonrasında sağlıkta gelinen nokta, özel sağlık kuruluşlarının gelişmesi, vb. sebeplerden dolayı dünyada çok önemli bir sağlık turizmi destinasyonu olmaya adaydır. Son yıllarda gelen yabancı hasta sayısı ve bu alanda elde edilen döviz miktarındaki artışlar da konuyu teyit etmektedir.

Gelinen bu noktada, sağlık turizmi politikasının belirlenmesinde sektörün öngörebilirliğini, ülke kaynaklarının etkin kullanımını ve sektörün sağlıklı gelişmesini temin etmek gerekli hale gelmiştir.

Ülkemiz son yıllarda sağlık ve tıp alanında sahip olduğu uluslararası standartlardaki bilgi, deneyim ve teknoloji ile uluslararası bir sağlık merkezi haline gelmiştir. Sağlık turizmi ile ilgili tüm kurum ve kuruluşların bir araya gelerek bu konudaki mevcut durumu değerlendirmesinin ve sağlık turizminin geliştirilmesi için yapılması gerekenleri tartışmanın çok yararlı olacağı inancındayım. Bu sayede ülkemize ciddi bir döviz girdisi sağlanacak, ayrıca yeni istihdam alanları oluşacaktır.

Ülkemiz coğrafi ve kültürel zenginlikleriyle bir turizm cennetidir. Bu potansiyelimize ve büyük yatırımlarımıza rağ-

men turizmimiz yıl içerisinde çok kısa zaman aralıklarına ve yalnızca sahillere sıkışmıştır. Sağlık turizmi bize turizm potansiyelinden bütün bir yıl yararlanabilme fırsatı vermesi açısından da çok önemlidir. Yüz binlerce yabancı turist ülkemizin sağlık turizmi potansiyelinden yararlanmak için ülkemizi ziyaret etmektedir.

Biz sağlık turizmini, sadece insanların gelip ülkenizden sağlık hizmeti aldıkları bir mekanik süreç olarak görmüyoruz. Sağlık turizmini insanların arasında can dostluğunu sağlayan ve fertten başlayıp milletlere uzanan dostluk ve barış köprüsünün temel ayağı olarak kabul ediyoruz. Bu alanda çalışan sağlık kuruluşlarımızdan da beklentimiz bu çerçevede şekillenmektedir.

Yabancı hastaların ülkemizde tedavisini ele alırsak, çoğu Avrupa ülkesinin, ülkemizdeki özel sağlık kuruluşları ile anlaşmalar yaptıkları ve birçok yabancı hastanın ülkemizde tedavi edildiği gözlenmektedir. Bu ülkelerde tedavi ve ameliyat için uzun bekleme listeleri olduğu ve pahalı hizmet sunulduğu bilinmektedir. Aynı hizmetlerin daha kaliteli, daha ucuz ve daha kısa sürede verilmesi nedeniyle yabancı hastalar tedavi olmak için Türkiye'yi tercih etmeye başlamışlardır. Ülkemizde son sekiz yıldır uygulamaya konulan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" çerçevesinde özellikle Ankara, İstanbul, İzmir, Antalya ve Adana gibi birçok ilimizde gelişmiş Avrupa ile yarışabilecek düzeydeki hastanelerimiz hizmet vermeye başlamıştır.

Ülkemiz son yıllarda sağlık ve tıp alanında sahip olduğu uluslararası standartlardaki bilgi, deneyim ve teknoloji ile uluslararası bir sağlık merkezi haline gelmiştir. Sağlık turizmi ile ilgili tüm kurum ve kuruluşların bir araya gelerek bu konudaki mevcut durumu değerlendirmesinin ve sağlık turizminin geliştirilmesi için yapılması gerekenleri tartışmanın çok yararlı olacağı inancındayım.

Ülkemizin hem yetişmiş insan gücü anlamında hem de fiziksel altyapı anlamında kat ettiği önemli aşamanın bir neticesi olarak vatandaşlarımıza olduğu gibi yabancılara da kaliteli sağlık hizmeti sunulduğunu görmekten memnuniyet duyuyoruz. Bu potansiyelimizi tümüyle ortaya koymak ve uluslararası alanda bu konuda kalıcı olabilmek için yürütülen çalışmalara daha kapsamlı katkı sağlamak hepimizin ortak görevi olmak zorundadır. Ülkemizin turizm alanındaki geçmiş deneyimini de düşündüğümüzde bu potansiyelin değerlendirilmesinin önemi ortaya çıkmaktadır. Sağlık kurumlarımızın dünyada hak ettiği yeri alabilmesi için akredite edilmesi, devlet tarafından desteklenmesi, kaliteli insan kaynaklarının geliştirilmesi ve sertifikasyon programlarının hazırlanması gerekmektedir.





Sağlık turizminin bir başka alt başlığı da "yaşlı turizmi"dir. Dünya turizminin önemli bir bölümünü 65 yaşın üzerinde, emekli olmuş ve yüksek derecede emekli aylığı alan bir grup oluşturmaktadır. Özellikle gelişmiş ülkelerde hasta katılım payları çok yüksektir ve nüfus giderek yaşlanmaktadır.

Aynı şekilde, yabancıların yoğun biçimde ülkemizdeki kaplıca ve termal tesislere geldikleri de bilinmektedir. Bu kişiler, başta romatizmal hastalıkların tedavisi olmak üzere ülkemizde mevcut kaplıca ve termal tesislerden tedavi ve bakım amacıyla yararlanabilmektedirler. Ülkemiz dünya jeotermal kaynakları açısından ön sıralardadır ve sahip olduğu su ve mineral kaynakları çok yüksek kalitededir. Bu konuda yürütülen çalışmaların daha da çeşitlendirilmesini sağlayarak ülkemizin bu önemli zenginliğinin tüm dünyanın hizmetine en yüksek kalite anlayışıyla sunulması gerekmektedir.

Sağlık turizmi potansiyeli iyi değerlendirilebilirse birkaç yıl sonra ülkemiz sağlık turizmi yatırımlarından ekonomisine büyük katkılar sağlayacak, sahip olduğu geleneksel Türk konukseverliği ile Avrupa, Balkanlar, Orta Asya, Kafkasya ve Ortadoğu coğrafyasında medikal ve termal tedavi üssü olabilecektir.

Sağlık turizminin bir başka alt başlığı da "yaşlı turizmi"dir. Dünya turizminin önemli bir bölümünü 65 yaşın üzerinde, emekli olmuş ve yüksek derecede emekli aylığı alan bir grup oluşturmaktadır. Özellikle gelişmiş ülkelerde hasta katılım payları çok yüksektir ve nüfus giderek yaşlanmaktadır.

Ortalama olarak yılın bir veya üç ayını sıcak Akdeniz ülkelerinde geçiren bu yaş grubundaki turistlere yönelik olarak basın ve yayın kuruluşlarımızın da desteği ile ciddi bir tanıtım kampanyasının düzenlenmesinin yararlı olacağını düşünmekteyiz.

Yukarıda ifade ettiğim hususlar ışığında ilgili tüm kurumlar, sivil toplum kuruluşları ve özel sektör kuruluşlarının ortak bir hareket stratejisi oluşturması önem arz etmektedir. Böylece, ortaya çıkacak sinerji ile sağlık turizminde sağlayacağımız ilerleme Türkiye'ye 365 gün "Sürdürülebilir Sağlık Turizmi"ni gerçekleştirme fırsatını da verecektir.

Sağlık turizmi potansiyeli iyi değerlendirilebilirse birkaç yıl sonra ülkemiz sağlık turizmi yatırımlarından ekonomisine büyük katkılar sağlayacak, sahip olduğu geleneksel Türk konukseverliği ile Avrupa, Balkanlar, Orta Asya, Kafkasya ve Ortadoğu coğrafyasında medikal ve termal tedavi üssü olabilecektir.

Ülkemizde bir sağlık turizmi politikası oluştururken göz önünde bulundurması gereken temel prensipler şunlar olmalıdır:

1) Sağlık turizmi birçok paydaştan oluşmaktadır (Çeşitli bakanlıklar, sağlık profesyonelleri, üniversiteler, yatırımcılar, turizmciler, ulaşım ve iletişim sektörü, özel sağlık kurumları ve medikal sektör vs.),

2) Sağlık turizminin olumlu (yeni iş istihdamı, döviz girdisi, komşu ülkelerde siyasal ve sosyal etki vb.) ve bazı olumsuz sonuçları (doktor sayısı az) olacaktır.

3) Sektörün sağlıklı gelişmesini sağlayacak ve kontrol altına alacak bir mevzuat çalışması yapılmalı,

4) Yabancı doktor çalıştırabilmesinin önü açılmalı,

5) Her zaman halkımıza iyi bir sağlık hizmeti sunulması öncelikli olmalı,

6) Ülkemizde sağlık turizmiyle ilgili bir politika ve eylem planı oluşturulmalı,

7) Sağlık turizmi biriminin/bölümünün hukuki ve kurumsal yapısı tamamlanmalı,

8) Sağlık turizmi çalışmalarına, kamunun yanı sıra ilgili STK ve sektör temsilcileri dahil edilmeli,

9) Sağlık turizmi çalışmaları uluslararası standartlar ve iyi uygulama örnekleri alınarak yapılmalıdır.

Bir yol haritası oluşturularak;

a) Sağlık turizmi politikası hazırlanmalı,

b) Sektör temsilcileri tarafından ilgili STK'larla ve üniversitelerle birlikte koordineli çalışmalar başlatılmalı,

c) Mevzuat çalışmaları hazırlanıp yayınlanmalı,

d) Sağlık turizminin kurumsallaşması, sürdürebilirliği ve verimliliği takip edilmeli,

e) Sağlık Bakanlığı Sağlık Turizmi Birimi kadrosu ve etkinliği güçlendirilmeli ve Bakanlıklar arası koordinasyonu da üstlenmeli.

Sonuç olarak; sağlık turizmi, ülkemizde ve dünyada kaçınılmaz olarak hızla gelişmekte ve dünya da sağlık hizmeti sunumu globalleşmekte ve yeni bir anlayış gelişmektedir. Ülke olarak bu gelişmede yerimizi almalıyız. Bakanlığımız sağlık turizmi sektörünü yönlendirmeli ve sağlıklı gelişmesini sağlamak için bütün bunları mevzuatlarla planlanmalıdır.

Sağlık turizmi, ülkemizde ve dünyada kaçınılmaz olarak hızla gelişmekte ve dünya da sağlık hizmeti sunumu globalleşmekte ve yeni bir anlayış gelişmektedir. Ülke olarak bu gelişmede yerimizi almalıyız. Bakanlığımız sağlık turizmi sektörünü yönlendirmeli ve sağlıklı gelişmesini sağlamak için bütün bunları mevzuatlarla planlanmalıdır.





Dünya'da İlk 5 Ülke İçinde Olduğumuz Sektör: Dental Turizm

Ahmet Selvi
Hospitadent Yönetim Kurulu Başkanı

Turizmi dönemsellikten sıyırıp yılın tüm zamanlarına yaymak adına kültür turizmi, inanç turizmi derken milenyum ile birlikte sağlık turizmi dünyada alternatif turizm adına yeni bir trend halini aldı.

Bu yeni trendde sağlık turizmi kapsamında ülkemiz daha çok diş tedavileri, estetik tedaviler ve göz tedavilerinde tercih ediliyor.

Diş tedavi ihtiyaçlarını karşılamak için yurtdışından pek çok hasta ülkemize geliyor. Öyle ki dünya genelinde dental turizm dendiğinde ilk akla gelen 5 ülkeden biri de Türkiye. Macaristan, Polonya, Hindistan, Meksika bu sektörde sıklıkla adı geçen diğer ülkeler..

Pek çok Avrupa ve Ortadoğu ülkesinde implant, protez gibi diş tedavi hizmetleri sunumu oldukça yüksek rakamlarla telaffuz ediliyor. Ayrıca bu hizmetlere ulaşım süreleri çok uzun olabiliyor. Doğu ile Batı'nın kesişim noktası Türkiye, kaliteli diş tedavi hizmetini uygun maliyetlerle sunuyor.



Türkiye'nin, Avrupalı hastaların yanı sıra Ortadoğulu sağlık hizmetleri tüketicilerine de bu imkân sunularak dental sektörün başrolüne aday ülkelerden biri olabileceği uzak görünmüyor.

DENTAL TURİZMİN EKONOMİMİZE KATKISI

Dünya geneline yayılmış Türklerin kendi ülkelerinde çok daha uygun fiyata ve kaliteli sağlık hizmeti alması ile başlayan dental turizm yabancı hastaların da yönelimi ile ülkemizde ivme kazandı. Her geçen yıl uluslararası dental turist sayımız katlanarak artıyor.

Bugün İngiltere'de bir Panoromik X-Ray filmi 200 Sterlin'e çekilmekte. Türkiye'de ise aynı filmin hastaya maliyeti 25 TL. Bu basit karşılaştırma ile göz önünde bulundurulduğunda Türkiye'de diş tedavisi için pek çok yabancı hastanın ülkemizin kaliteli ve uygun fiyatlı diş tedavi hizmetlerini tercih etmek istemesinin neden kaçınılmaz olduğunu görebiliriz.

Sadece tatil yapmak için Türkiye'ye gelen bir turist 1500 dolara 2 hafta 4 yıldızlı otelde tam pansiyon kalabiliyor. Üstelik bu fiyata uçak da dahil. Türkiye'ye gelen "dental turist" ise diş hekimliği işlemi için gene 4 yıldızlı otelde tam pansiyon kalıyor. Bu defa uçak, otel ve tedavi dahil ortalama 5000-7500 dolar ödüyor. Bu örnekte de görüldüğü üzere, dental turizmin ülkemize yaptığı ekonomik katkı açıktır.

Polonya, Macaristan, Çekoslovakya, Hindistan gibi ülkelerde sağlık turizmi devlet politikası haline gelmiştir bu ülkeler her yıl sadece dental turizmden ortalama 4-5 milyar dolar gelir sağlıyorlar ve bu sektör hızla büyümeye devam ediyor.

Sağlık turizminin küresel ekonomiye katkısı tartışılmaz. 2010 yılı sonunda küresel ekonomideki payın % 150'lik bir

artış göstererek 120 milyar dolara ulaşması bekleniyor. Ülkemiz ise bu pastadan şu an için yalnız 50-60 milyon dolar pay alabiliyor.

Diş tedavisine gelen bir dental turist ortalama 5000 dolar döviz bırakırken, gezi amaçlı gelen turistin ortalama bıraktığı rakam 1500 dolarda kalıyor. Dental turizmin ciddiyeti ve ekonomik değeri çok büyük.

SEKTÖR DESTEK BEKLİYOR!

Diş sağlığı yatırımları henüz devlet sigortası kapsamında olmadığı için ülkemiz yurtdışına hizmet veremiyor. Ağız ve diş sağlığı branşında hizmet tamamen özel kurumlar üzerinden verilebiliyor. Dental sektörde yapılan yatırımların atıl kalmaması için özellikle yeni hastalara ihtiyaç bulunuyor.

Buradan hareketle, dental turizm kapsamında ülke kaynaklarımızın daha verimli kullanılması ülke ekonomisine çok ciddi döviz girdisi sağlayacaktır. Dental turistlerin ya da diğer adı ile yurtdışı hastalarının dental sektörde artışı için sektör, turizm anlamında destek bekliyor.

Sağlık turizminden yılda 8-10 milyar dolar kazanabilecek altyapımız mevcutken elimizdeki fırsatları bir an önce değerlendirmek büyük önem arz ediyor. Sadece İstanbul'da bile dünya ile rekabet edebilecek, modern teknolojiler ile donatılmış belirli alanlarda uzmanlaşmış, hastanelerimiz mevcut. Ucuz ve kaliteli sağlık hizmeti almak isteyenler için İstanbul'daki diş, göz, saç ekim, tüp bebek merkezleri ve wellness & spa hoteller bu yeni sektörde yer edinmek için gayret içindeler.

Özel kurumların bu gayretinin yanı sıra devlet desteği ile ülkemizin sağlık turizmindeki ayrıcalıklarının tüm dünyaya tanıtılması ise en önemli hususlardan bir tanesi. Hedef ülkelere özel pazarlama faaliyetleri başlatılmalı. Ülkemizde modern donanım ve ekipmanlar ve alanında uzman hekimlerle sunulan hizmetin kalitesinin gelişmiş ülkelerdeki sağlık hizmetleri ile aynı seviyede olduğu ve hatta bazı konularda daha iyi olduğu duyurulmalı. Bir artı olarak buradan alınan hizmetin maliyetinin daha düşük olduğu duyurulmalı. Sağlık turizmi ve dental turizm sektörü devletin de ciddi desteğine ihtiyaç duyuyor.

Teknik ve personel altyapısı itibariyle dental turizmin sağlık turizmi kapsamında lokomotif rol oynaması mümkün. Ne yazık ki, sağlık alanında yatırım yapan ya da yapmayı düşünen, sağlık turizmi yoluyla büyümeyi planlayan özel sağlık kuruluşları reklam ve tanıtım yapmadan yurtdışına açılma, hasta turist çekebilmesi hususunda sıkıntı yaşamakta. Dünyada, ülkeler arasında rekabetçi bir turizm politikası izlenirken, yönetmeliklerimizi bu rekabete uygun halde düzenleyerek sağlık turizmi alanında dünyaya açılmamız kolaylaşacaktır. Buradan hareketle yapılacaklardan bazıları şunlardır:

- Sağlık turizmi kapsamında hizmet veren, yurtdışından hasta getiren kurumları disipline edebilecek, kaliteli hizmetin devamlılığı için belirli standartların getirilmesi gerekmektedir. Bu standartlara sahip kurumların ve hizmetlerin sertifikalandırılması güven olgusunu güçlendirecektir.
- Sağlık turizmi kapsamında yeni pazarlara daha kolay açılmak için yurtdışında sağlık kuruluşlarının bir temsilcilik ofisi ya da kliniğinin bulunması veya bir diş hekimi/klinik

Dünya geneline yayılmış Türklerin kendi ülkelerinde çok daha uygun fiyata ve kaliteli sağlık hizmeti alması ile başlayan dental turizm yabancı hastaların da yönelimi ile ülkemizde ivme kazandı. Her geçen yıl uluslararası dental turist sayımız katlanarak artıyor.

Dental turizmde ülkemizi ön plana çıkaran ayrıcalıklarımız:

- **Hesaplı diş tedavi ücretleri,**
- **Yüksek hizmet kalitesi,**
- **Dünya standartlarına akredite sağlık kuruluşları,**
- **Diş tedavilerinde başarı oranımızın yüksekliği,**
- **Alanında deneyimli uzman kadro,**
- **Tedavilerde teknolojiyi takip eden modern donanımlarla hizmet yaklaşımı,**
- **Uzman hekimler ile diş tedavilerini tek çatıda birleştiren nadir ülkelerden biri olmamız,**
- **7/24 diş tedavi hizmeti,**
- **Avrupa standartlarında 5 yıldızlı oteller.**



bulunması kaliteli hizmet devamlılığının sağlanması için bir zorunluluk olmuştur.

• Ülkemiz adına sağlık turizmi kapsamında devlet teşviki ile Avrupa ülkelerine yakın konumumuzu fırsat haline getirmek mümkün. Dış Ticaret müsteşarlığının "2005/4 Sayılı Yurt Dışında Ofis-Mağaza Açma, İşletme ve Marka Tanıtım Faaliyetlerinin Desteklenmesi Hakkında Tebliğ"de sağlık yatırım teşvikleri için devlet desteklerinden yararlanabilecek sektörler arasına sağlık sektörünün de alınması bu alandaki ciddi adımlardan biri olacaktır.

• Hedef ülkelere özel pazarlama faaliyetleri başlatılmalıdır. Ülkemizde modern donanım ve ekipmanlar ile ve alanında uzman hekimlerle sunulan hizmetin kalitesinin gelişmiş ülkelerdeki sağlık hizmetleri ile aynı seviyede olduğunu ve bir artı olarak buradan alınan hizmetin maliyetinin daha düşük olduğu duyurulmalıdır. Bu konuda özellikle yurt dışı turizm ve sağlık fuarlarında devletin desteğine ihtiyaç bulunmaktadır.

• *Tax free* uygulamasının sağlık harcamalarında da gündeme alınması ve KDV vergisinin yurtdışından hizmet alımı için gelen hastalarımıza uygulanmamasını sağlanması da önemli adımlardan biri olacaktır.

• Sağlık turizmi dünyada ve ülkemizde yükselen bir trenddir. Dağınık görüntü veren sağlık turizmi ile uğraşan sivil toplum örgütleri bir araya gelerek sektörün problemleri ve çözüm önerileri için birleşmelidir. Sorunların çözümünün ilgililere iletilmesi ve güncel gelişmeleri takip etmek mevcut dağınık yapıdaki sivil toplum kuruluşlarını toplayan bir güç aracılığıyla daha hızlı ilerleyecektir.

• Dental turizm kapsamında uluslararası hasta departmanlarını ve iş geliştirme ekiplerini oluşturan hastaneler bu alanda yatırımlarını yapmaya başlamış durumdadır. Sağlık turizmi sektörünün bu konuda en yakın rol arkadaşları turizm ve sigorta sektör yetkililerinin şu an seyirci koltuklarında oturması ivmeyi yavaşlatan unsurlardan görülmektedir.

Diş tedavisi ve tatili bir arada yapmayı planlayan turistler bulundukları ülkede yaptığı yeme, içme, gezme, eğlenme, konaklama harcamalarına sağlık giderlerini de ekliyorlar. Böylece dental turizm kapsamında gelen turistin bıraktığı döviz miktarı normal bir turiste kıyasla 5-6 kat daha fazla oluyor. Ayrıca yılın her dönemi yapılabilen bu sağlık seyahatleri turizm gelirlerine sağladığı katkı nedeniyle de sektör yatırımcılarına göz kırpıyor.

DENTAL TURİZM PASTASINDA BÜYÜK PAYI ALMAK İÇİN YOL HARİTASI

Dental turizm farklı bir pazara hitap eden özel bir sektör. Bu nedenle talepleri profesyonel anlamda karşılamayı zorunlu kılıyor. Dental turizme yönelik özel bir yol haritasına ihtiyaç bulunmaktadır.

Dental turizmine yönelirken şirketler öncelikli olarak hangi pazara yöneleceklerine karar vermeliler. ABD, Avrupa, Ortadoğu, Türki Cumhuriyetler, komşu ülkelerden İran, Irak veya Suriye'nin müşteri beklentileri birbirinden farklı çünkü.

Dental turizmde uluslararası akreditasyon ve yabancı dil çok önemli bir unsur. Dental turizme hizmet verecek profesyoneller ve yardımcı personel mutlaka eğitilmeli ve dil problemi çözülmelidir. Hizmet kaliteleri dünya standartlarına yükseltilmeli, gelen hastalara güven telkin edilmeli, dil bilen kalifiye personellerle kadrolar güçlendirilmelidir.

Yurtdışına yönelik dental turizm çerçevesinde projeler olmalı, üretilmelidir. Yurtdışından gelen hastaların ha-

vaalanı-otel-hastane transferleri, konaklamaları organize edilebilmelidir. Yurtdışında etkin sağlık sigorta şirketleri ile anlaşmalı olarak hizmet sunulabilmelidir. Yurtdışından temsilcilikler kurulmalı bu çerçevede yurtdışından birçok firma, klinik ve hekim ile irtibatlı çalışılmalıdır.

Hizmet kalitemiz iyice arttığında, Türkiye'nin sağlık sektörü çok iyi tanıtıldığında, diş tedavileri ve diğer sağlık hizmetlerine ilaveten, turizm imkânları paketler halinde sunulduğunda, Türkiye, İstanbul ve birçok şehir marka şehirlerden biri olacaktır.

Elimizde çok önemli fırsatlar var; yüksek ve modern teknolojik cihazlarla hizmet sunan sağlık kuruluşlarının sayısının artması, kaliteli ve ucuz sağlık hizmeti, tedavi sonrası başarı oranının yüksek olması sağlık ve özellikle diş tedavi hizmetlerinde Türkiye'yi cazibe merkezi haline getirecektir.

BUNLARA DİKKAT VE SONUÇ

Ülkemizde son yıllarda uluslararası kalite standartlarına haiz hastaneler de yapılmış durumda. Ancak bunun yanında standartları oldukça düşük hastaneler de mevcut. Etkin bir denetleme sistemi ile sağlık-turizmi hastasını kabul edebilecek hastane ve merkezler tespit edilmeli, bunların bu kriterlere akredite olmaları sağlanmalı. Örneğin yabancı dil bilen eleman, yapılan işin garantisinin verilmesi vs. Böyle olduğunda daha rahat bir şekilde turizm hastası kabul edilebilir ve yurtdışında da itibar ve güvenilirliğimiz artacaktır.

Özellikle diş tedavilerinde etkili bir sonuca ulaşmak için çok iyi bir organizasyon yapmak gerekir. Çünkü diş tedavisi hizmeti geniş çaplı bir organizasyonu gerektirmektedir. Lazerle yapılan bir göz ameliyatının süresi standarttır ve hasta bu konuda yeterli bilgiye sahip olabilir. Ancak diş tedavisi yaptıracak olan kişinin diş eksikliği varsa, implant yapılması gerekiyorsa, kanal tedavisi yapılacaksa bu tedavi tek seferde bitmeyebileceği gibi rakam konusunda da net bir bilgi vermek zor olabilir. Onun için iyi organize olmak gerekir, hastanın tedavisinin iyi planlanması ve gerçeğe en yakın bilgi verilmesi gerekliliğine özen gösterilmesi gerekir.

Dental turist/yurtdışı hastalarına duyuruların yapılması konusunda özellikle sağlık kuruluşları dikkatli olmalı. Ne yazık ki mevcut mevzuatlar gereği sağlık kuruluşları yurtdışındaki markaya ve bilinirliğe yönelik pek çok devlet desteğinden



yararlanamamaktadır. Sağlık turizmi ve dental turizme ciddi anlamda eğilen ülkelerde devlet de gerekli desteklerinin kendilerinden esirgenmiyor, internet sitelerinde sağlık kurumlarının tanıtımlarını rahatlıkla yapabiliyorlar ve pastadaki payı ülkelerine kazandırıyorlar. Bu konuda ülkemizde dental sektör, turizm sektörü, STK'lar ve devlet birleşerek ciddi adımlar attığında, sonucun paydaşları mutlu edeceği ve ülkemize ciddi bir döviz girdisi sağlayacağı aşikârdır.

Dünyada, ülkeler arasında rekabetçi bir turizm politikası izlenirken, yönetmeliklerimizi bu rekabete uygun halde düzenleyerek sağlık turizmi alanında dünyaya açılmamız kolaylaşacaktır.

Türkiye'nin sağlık sektörü çok iyi tanıtıldığında, sağlık hizmetine ilaveten, turizm imkânları paketler halinde sunulduğunda, devletin de yapıcı, denetleyici ve geliştirici desteği arkasına alacak özel sektör yurtdışında etkin sigorta firmalarıyla çok sıkı ilişkiler kurduğunda, Türkiye, İstanbul ve birçok şehrimiz marka haline gelecektir.



Diş Hekimliği Sektörünün Sorunları ve Çözüm Önerileri

Ağız ve diş sağlığı sektöründe özel diş hekimliği hizmeti sunan kişi, kurum ve kuruluşların Sağlık Bakanlığı bünyesinde çözülebilecek sorunlar ve önerilerini araştırdık. İşte madde madde sektörün sorunları:

1. DENTAL TURİZM SEKTÖRÜNÜN SORUNLARI VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Ülkeler arasında rekabetçi bir turizm politikası izlenirken, yönetmeliklerimizi rekabetçiliğe uygun halde düzenleyerek sağlık turizmi alanında dünyaya açılmamız mümkün olacaktır. Aşağıda belirtilen destek programları geliştirilerek sağlık turizmine katkıda bulunulmalıdır.

Mevzuat Desteği

• Sağlık turizminin tanıtma fonu kapsamına alınması,

• Sağlık turizmi yatırımlarının planlamadan muaf tutulması,

• Yabancı doktor çalıştırılmasına izin verilmesi,

• Hizmet sektörünün, üretim sektörü mevzuatı içinde yer alması,

• Sosyal güvenlik sözleşmelerinde yapılacak düzenlemeler.

Vergi Desteği

• Sağlık turizmi yatırımlarına gümrük muafiyeti sağlanması,

• Sağlık turizmine ihracat anlayışı ile vergisel düzenlemelerin yapılması,

• KDV'den muafiyet sağlanması.

Tanıtım Desteği

• Sağlık turizmi için tanıtma fonundan pay ayrılması,

• Yurtdışı temsilciliklerinde sağlık turizmi tanıtım etkinliklerine aracılık yapılması,

• Kamu ve meslek örgütleri (TURSAB) web sayfalarında sağlık turizmi tanıtımlarına fırsat verilmesi,

• Elektronik ve yazılı ortamda üretilen yayınların basım, dağıtım ve tanıtımında destek verilmesi,

• Reklam ve tanıtım kısıtlama-

rının bu alanda kaldırılması,

• Sağlık turizmi kurumlarına belirli standartların getirilmesi.

2. DIŞ TİCARET MÜSTEŞARLIĞI BÜNYESİNDE ÇÖZÜLEBİLECEK SEKTÖR SORUNLARI

• Fuarlarda Sağlık Sektörüne Devletin Desteği

Hedef ülkelere özel pazarlama faaliyetleri başlatılmalı. Ülkemizde modern donanım ve ekipmanlar ile ve alanında uzman hekimlerle sunulan hizmetin kalitesinin gelişmiş ülkelerdeki sağlık hizmetleri ile aynı seviyede olduğu ve bir artı olarak buradan alınan hizmetin maliyetinin daha düşük olduğu duyurulmalı. Bu konuda özellikle yurtdışı turizm ve sağlık fuarlarında devlet katılımcıları desteklemeli.

• *Tax Free* Uygulaması

Tax free uygulamasının sağlık harcamalarında da gündeme alınması ve KDV vergisinin yurt dışından hizmet alımı için gelen hastalara uygulanmamasının sağlanması gerekmektedir.

• Turquality Desteğinin Dental Turizmi Kapsamında Genişletilmesi

Özellikle yurtdışından hastaların tercih ettiği dental turizmi göz önünde bulundurarak Turquality'nin yurtdışı yatırımlarına destek verdiği sektörler arasına sağlık sektörünün de eklenmesi gerekmektedir.

• Yurtdışında Ofis-Mağaza Açma, İşletme ve Marka Tanıtım Faaliyetlerinin Desteklenmesi

Hedef ülkelere özel pazarlama faaliyetleri başlatılmalı. Ülkemizde modern donanım ve ekipmanlar ile ve alanında uzman hekimlerle sunulan hizmetin kalitesinin gelişmiş ülkelerdeki sağlık hizmetleri ile aynı seviyede olduğu ve bir artı olarak buradan alınan hizmetin maliyetinin daha düşük olduğu duyurulmalı. Bu konuda özellikle yurtdışı turizm ve sağlık fuarlarında devlet katılımcıları desteklemeli.

Ülkemiz adına sağlık turizmi kapsamında devlet teşviki ile Avrupa ülkelerine yakın konumumuz fırsat haline getirilmeli. 2005/4 Sayılı Yurt Dışında Ofis-Mağaza Açma, İşletme ve Marka Tanıtım Faaliyetlerinin Desteklenmesi Hakkında Tebliğ'de sağlık yatırım teşvikleri için devlet desteklerinden yararlanabilecek sektörler arasına sağlık sektörünün de alınması gerekmektedir.

3. SAĞLIK BAKANLIĞI BÜNYESİNDE ÇÖZÜLEBİLECEK SEKTÖR SORUNLARI

• 82 Yıllık Yönetmeliği Kullanıyoruz!

Diş hekimleri odalarının hazırlamış olduğu yönetmelikler reel dünya gerçeğinden uzak, bundan 60-70 yıl öncesinin koşullarında hazırlanmış kısıtlayıcı ve sınırlayıcı maddeler taşımaktadır. 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun tamamen günümüz şartları dikkate alınarak güncellenmesi ve değiştirilmesi gerekmektedir.

• Diş Hekimi Tabela Standardı Yetkisi Kötüye Kullanılabiliyor!

Diş hekimleri Odası tabela standardına uygundur belgelendirmesinin yapılması yetkisini kullanırken, yalnızca açılacak sağlık kuruluşunun tabelasının ölçü standardına bakmıyor, talepte bulunanların ortaklık yapısı, ticari unvanı, tescilli marka ve açılan şube olup olmama durumu gibi hususları da yetkisiz olarak sorguluyor ve bunlara dayanarak tabela uygunluk belgesi vermeyebiliyor. Tabela uygunluk belgesi, ruhsatlandırma müracaatı aşaması yerine Sağlık grup başkanlığı denetimleri esnasında denetlenmelidir.

• Asgari Fiyat Tarifesi Zorunluluğu Diş Hekimlerine Dikte Ediliyor!





TDB'nin almış olduğu karara göre "daha önce alınmış olan yabancı isim içeren markalar da dahil olmak üzere özel sağlık kurumlarının tamamındaki yabancı isimler değiştirilecek"tir. Bu kararın uygulanması daha önce yabancı marka ile tabela uygunluk belgesi alan ağız ve diş hastaneleri, merkezleri ve poliklinikleri ile şu anda müracaat edenler arasında haksız rekabete sebep olacaktır.

SGK ile özel diş hekimliği hizmeti verilen kuruluşlar arasındaki anlaşmada SUT uygulanmalı, 3224 sayılı kanunun 11 ve 40. maddelerinde belirtilen "Asgari Fiyat Listesi" yerine "Tavsiye Fiyat Listesi" oluşturulmadır.

• Diş Hekimleri Birden Fazla Yerde Çalışamıyor!

5947 sayılı tam gün yasasına göre "Tabipler, diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, ikinci fıkranın her bir bendi kapsamında olmak kaydıyla birden fazla sağlık kurum ve kuruluşunda çalışabilir." Oysa 3224 sayılı kanununa göre "Özel kurum ve işyerinde görevli diş hekimlerinin bu görevlerini başka bir yerde de yapmaları, kayıtlı bulundukları Oda Yönetim Kurulu'nca kabul edilmedikçe her ne suretle olursa olsun, diğer bir kurum veya işyerinin diş hekimliği görevini alamazlar." Bu her iki kanunun birbirine tezat maddeleri yeniden düzenlenmelidir.

• Reklam, Tanıtım ve Bilgilendirme Yasağı Farklı!

Özel Sağlık, Ayakta Teşhis ve Tedavi ve Ağız Diş Sağlığı isimli her üç yönetmelikte de uygulama aynı olmasına rağmen suçun tanımı ile müeyyideleri farklı olarak düzenlenmiştir. Özel hastane içinde faaliyet gösteren bir diş bölümünün tanıtımı Özel Hastaneler Yönetmeliğine göre ilan edilebilirken, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri tabi oldukları yönetmelik gereği her ne surette olursa olsun tanıtım yapamamaktadırlar. Ayrıca, bir sağlık kuruluşunun reklam yasağına aykırı davranması halinde alacağı ceza, kuruluşun Özel Hastane, Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşu ya da Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşu olmasına göre değişebilmektedir. Yeni bir yönetmelik ile ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan özel sağlık kuruluşlarının reklam ve ilan vermeleri hususundaki işleyişin özel hastaneler ve ayaktan tedavi veren özel sağlık kuruluşlarındaki işleyiş gibi oda denetiminden bağımsız hale getirilmelidir.

Özel Hastaneler, Ayakta Teşhis ve Tedavi ve Ağız ve Diş Sağlığı yönetmeliklerine göre düzenlenen Denetleme Formlarındaki uygulamalar farklılıklar arz etmektedir.

Reklam yasağına aykırı davranması halinde Özel Hastaneler Yönetmeliğine tabi bir hastaneye hiçbir müeyyide uygulanmazken, Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik'e tabi sağlık kuruluşuna uyarıdan sonra 5 gün, Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliğine tabi sağlık kuruluşuna ise hiçbir uyarı yapılmaksızın 15 gün kapatma cezası verilmektedir.

• Yabancı İsimli Özel Sağlık Kuruluşları

TDB'nin almış olduğu karara göre "daha önce alınmış olan yabancı isim içeren markalar da dahil olmak üzere özel sağlık kurumlarının tamamındaki yabancı isimler değiştirilecek"tir.

Bu kararın uygulanması daha önce yabancı marka ile tabela uygunluk belgesi alan ağız ve diş hastaneleri, merkezleri ve poliklinikleri ile şu anda müracaat edenler arasında haksız rekabete sebep olacaktır.

• Oda Seçimlerinde Nispi Temsil Uygulanmıyor!
Nispi temsil yöntemi uygulanmadığı için oda yıllardır tek bir grubun elinde kalmakta diğer kişilere temsil için farklı fikirlere yer bulunamamaktadır. AB Sağlık Dosyasının kapanması için Sağlık Meslekleri Odaları Yasa Tasarısı taslağının (Mali Müşavirler Odası Yasa Tasarısı örneğinde olduğu gibi) bir an önce yasalaştırılarak seçimde nispi temsil yönteminin getirilmesi uygun olacaktır.

• Ağız Diş Sağlığı Genel Müdürlüğü Yok!
Ağız ve Diş Sağlığı Daire Başkanlığındaki temsil derecesi Sağlık Bakanlığı'nda Genel Müdürlük konumuna getirilmelidir.

4. DENTAL ÜRÜN, CİHAZ, MALZEME SATIŞI YAPAN DİŞ DEPOLARININ SORUNLARI VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

• Röntgen cihazları için alınan TAEK Belgesi'nin ruhsatlandırma fiyatları çok yüksek; makul bir seviyeye indirilmelidir.

• Sektörün düzenlenmesi ve ihtiyaçların giderilmesi için "Diş Malzemeleri Üreticileri ve Diş Depoları Odası" adı altında bir meslek kuruluşuna gereksinim bulunmaktadır. Bu konuda ilgili yasanın çıkarılması için gerekli düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

• Diş hekimliği ve diş teknisyenliğinde kullanılan cihaz ve malzemenin % 95'i ithal edilmektedir. Bu ürünlerin bir kısmı Güney Amerika için ve Uzakdoğu ülkeleri gibi çok primitif koşullarda üretilerek ülkemize ithal edilmekte ve ihale yasasındaki boşluklar nedeniyle çok ucuz fiyatlara devletimize satılmaktadır. Bu tür malzemelerin ihalelerinde ve tedarik sürecinde bir meslek odasının kuruluş kanunu ile bu odaya gerekli yetkiler verilmelidir.

• "Anti damping" uygulaması ile yerli üretici korunmalı ve ihalelerde % 15 Başbakanlık Genelgesi uygulanmalıdır.

• Teknik servis hizmeti veren firmaların TSE hizmet yeterlilik belgesine sahip olmaları ve servis hizmeti alacak kurumların hizmet alımı sırasında mutlaka bu belgeye sahip firmalarla çalışmaları gerekmektedir.

• Ağız ve diş sağlığı sektöründe diş malzemelerine ilişkin çeşitli KDV oranları bulunmaktadır. Kullanılan malzemelerin tamamında % 8'lik KDV oranının uygulanması olumlu neticeler verecektir.

• Diş hekimliği sektöründe yerli üretim yapan firmalar ham maddelerine ve tedarikçiden temin ettiği ürünlerde % 18 KDV ödemekte fakat bu ürünleri mamul halde satarken % 8 KDV tahakkuk ettirmektedir. Aradaki bu % 10'luk fark için ilgili bakanlıklarımızdan çözüm beklemekteyiz.

• Anestezi malzemelerinin diş depoları tarafından satılmasını engelleyen genelgenin iptal edilmesini gerekmektedir.

Diş hekimliği ve diş teknisyenliğinde kullanılan cihaz ve malzemenin % 95'i ithal edilmektedir. Bu ürünlerin bir kısmı Güney Amerika için ve Uzakdoğu ülkeleri gibi çok primitif koşullarda üretilerek ülkemize ithal edilmekte ve ihale yasasındaki boşluklar nedeniyle çok ucuz fiyatlara devletimize satılmaktadır. Bu tür malzemelerin ihalelerinde ve tedarik sürecinde bir meslek odasının kuruluş kanunu ile bu odaya gerekli yetkiler verilmelidir.





• Diş depolarının hangi kriterlere göre kurulup işletilebileceği ile ilgili bir yönetmelik gereklidir. Ağız ve diş sağlığı sektöründe isteyen herkes herhangi bir ön koşul ya da şart aranmaksızın istediği gibi diş depoculuğu yapabilmektedir.

• Özellikle küçük diş depoları ve çantacı olarak nitelendirilen gezici satış yapan kişi/kurumlar diş hekimleri ve teknisyenlerine faturasız mal satmaktadır. Vergi dairelerinin bu tür firmalar üzerindeki denetimlerini artırması gerekmektedir.

• Diş teknisyenliğinde en önemli problem personel yetiştirememektir. Teoride kendisini geliştirmiş meslek yüksek okulu ve üniversite mezunları pratikte çok yeterli olmamaktadır.

• Türkiye'de dental laboratuvarların merkezi konumundaki İzmir'de ruhsatlı yaklaşık 150 diş laboratuvarı bulunmakta, buna karşılık ilgili meslek okullarının lise ve üniversitelerinden mezun sayısı laboratuvarlara yetmeyecek kadar az sayıdadır.

• Her ne kadar bazı üniversitelerimizde "Medikal Cihaz Teknisyeni" yetiştirmek üzere meslek yüksek okulları var ise de ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde kullanılan cihazların teknik servisleri müfredatlarında bulunmamaktadır. "Medikal Cihaz Teknisyeni" gibi "Dental Cihaz Teknisyeni" için de en azından bir üniversitenin meslek yüksek okulunda gerekli çalışmaların yapılması yurtdışından getirilen kıymetli cihazların daha uzun ve verimli kullanılabilmesini sağlayacaktır.

• Dental sektörde halihazırda kullanılan Türkçe prospektüsü bulunmayan dental malzeme ve ilaçlar mevcuttur. Yurtdışından ithal edilen dental sağlık ürünlerinin girişleri yeterince denetlenmemektedir.

5. DİĞER SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

• Diş hekimliği eğitimi 5 yıldan 6 yıla çıkarılarak, mezunlara "doktor" unvanı verilmeli. Diş hekimliği öğrencisi 6. yılından itibaren *intern* olarak çalışmalıdır.

• Sürekli diş hekimliği eğitimi yıllık krediler halinde mecbur tutulmalı, dolayısıyla diş hekimlerinin bilgileri taze kalmalıdır.

• Dişte uzmanlık sınavı yeniden getirilerek formül üretilmelidir.

• Diş hekimliğinde uzmanlık; ortdodonti, cerrahi, çene&yüz protezi, periodontoloji olmak üzere 4 dala çıkarılmalıdır.

• Kamu ve üniversitelerde görev yapan diş hekimlerinin sorunlarına da çözüm üretilmeli; özlük hakları ve performans uygulama puanları düzenlenmelidir.

• Ağız ve Diş Sağlığı Yönetmeliği Madde 11'de merkezler için 1 adet hemşire isteği vardır. Bu kavram hemşire, sağlık memuru, acil tıp teknisyeni, laborant, biokimya teknikeri olarak değiştirilmelidir.

• Gece nöbetlerinde Mesul Müdür onayı ile diş hekimi çalıştırılmalı, Personel Çalışma Belgesi düzenlenerek nöbetler tutulmalıdır (Ayaktan Teşhis Tedavi ve Özel Hastaneler Yönetmeliğinde vardır).

• Birden fazla yerde özel sağlık kuruluşuna diş hekimi ortak olabilmelidir (A/1/c maddesine eklenebilir).

• Ortaklık yapısı ile ilgili olarak "tıp doktoru da konulabilir" ifadesi eklenebilir.

• Merkez ve poliklinik şubeleşmesinde ayrıma gidilmemelidir (Merkez, merkez açar - poliklinik, poliklinik açar durumu olmamalıdır).

• Kapatma cezaları tıbbi müdahaleler haricinde olmamalıdır.

• KDV'nin sağlık hizmetlerinde % 8'den % 1'e indirilmesi gerekmektedir.

6. ÇALIŞMA BAKANLIĞI BÜNYESİNDE ÇÖZÜLEBİLECEK SEKTÖR SORUNLARI

Devlet hastanelerinde aylarca sıra bekleyen ya da tedavisini erteleyen hastaların diş tedavilerinde gecikmeden ötürü yaşadığı mağduriyet ve açılan yüksek donanımlı özel ağız diş sağlığı merkez ve polikliniklerinin dışarıda bırakılmasının oluşturduğu kaynak israfı da madalyonun diğer bir yüzüdür. Diş tedavi hizmet alımı özele de sevksiz olarak açılmalıdır.

• SGK'nın Özel Sağlık Kuruluşlarından Hizmet Alımı

2008 yılı istatistiklerine göre[1], Türkiye genelindeki toplam 19.959 diş hekiminin sadece 5.425'i devlet hastanesinde hizmet veriyor ve mevcut sisteme göre SGK'lı hastalar diş tedavileri için bu diş hekimlerine gitmek durumundalar. Sigortalıların serbest diş hekimlerinden ücretsiz yararlanabilmelerine olanak sağlayan bir anlaşmanın olmaması özelde hizmet veren 13.957 diş hekimini ve milyonlarca SGK'lı hastayı mağdur etmekte, Sağlık Bakanlığı'nın prestijini zedelemektedir.

Devlet tarafından açılan her bir ADSM'nin maliyeti göz önünde bulundurulmalıdır. 2003 yılında sayısı 14 olan ADSM'nin adedi 2008 yılına gelindiğinde 123'e yükselmiştir.

SUT fiyatları üzerinden anlaşmanın mümkün olan en kısa sürede gerçekleştirilmesi mevcut durumu biraz olsun rahatlatacaktır.

Boş oturarak hasta bekleyen diş merkezleri, poliklinik ve muayenehaneler atıl bir şekilde bırakılmamalı, buralardan da hizmet alınarak hem uzun zamandır tedavi bekleyen hastaların gidebileceği, saatlerce sırada beklenmeyecek yerler olarak düşünülmelidir. SUT fiyatları üzerinden acilen bir anlaşma yapılmasını, mevcut sıkıntılı durumun daha fazla uzatılması gerekmektedir.

7. SANAYİ VE TİCARET BAKANLIĞI BÜNYESİNDE ÇÖZÜLEBİLECEK SEKTÖR SORUNLARI

KOBİ Destekleri Paketine Hizmet Sektöründen Sağlığın da Eklenmesi

KOBİ destekleri paketine hizmet sektörü de alınmış olmasına rağmen sağlık sektörü ile ilgili herhangi bir gelişme bulunmamaktadır. 2010 yılı için kanun çıkmasına rağmen yönetmelik ve genelgeler yayımlanmadığı için şu an sağlık hizmet sektörüne herhangi bir destek alınamamaktadır. Özellikle sağlık turizmi kapsamında hizmet veren kurumlara yönelik sağlık ve sağlık turizmi alanında yapılan fuarlar için, yurtdışına yönelik tanıtım ve bilgilendirme yapma ve ofis ve klinik açma konusunda destek gerekmektedir.



Vedat Başaran:
“Dünyanın önemli kentlerinde restoranlar açmalıyız.”

Söyleşi: Yavuz Türk



Vedat Başaran, Uludağ Üniversitesi Otelcilik ve Turizm Yüksek Okulu mezunu. Feriye Lokantası işletmecisi ve gastronomi uzmanı. En bilinen özelliklerinden biri Osmanlı mutfak kültürüne uzun yıllarını adayan, tanınmış bir araştırmacı olması. Osmanlı mutfağına ait pek çok unutulmuş lezzeti gün ışığına çıkarması Başaran'ın ününü yurtdışına kadar taşımış. Uluslararası anlamda Osmanlı mutfağının gönüllü olarak tanıtımını üstlenen Vedat Başaran, son üç yıldır gerçekleştirdiği Osmanlı mutfağı temalı yemek yarışmasıyla da bu alandaki katkılarını sürdürmeye devam ediyor.

Bu yıl üçüncüsü düzenlenen bir yemek yarışması yapıyorsunuz. Ancak bu yarışmanın diğerlerinden farkı, Osmanlı mutfağına özgü tatların yarışması… Böyle bir yarışma ihtiyaçtan mı doğdu?

Bu yarışmanın en belirgin özelliği şu: Bütün dünyada yapılan yemek yarışmalarından çok ayrı bir yarışma. Aslında bu bir aşçı yetenek yarışması, yemek yarışması değil. Ama aynı zamanda bir mönü yarışması. Neden mönü? Çünkü, bizim en büyük sıkıntılarımızdan biri; davet mönülerinde, alakart restoran mönülerinde, geleneksel mutfağımızın çağdaş sunumunu yapamamamız. O çağdaş sunumu gerçekleştirebilmemiz için, bunu üretenleri mutlak suretle yönlendirmek durumundayız. Bugün, turizm sektöründeki büyük yatırımcıların çoğu çokuluslu firmalar olmuştur. Çokuluslu firmalarla turizm bir girdi sağlamaya başlamıştır. Ancak yerel bölgeye katkıları işçilik düzeyinde olmuştur yalnızca. Bir de tesis ve işletme anlamında olmuştur. Aslında kendi sistemimizden yola çıkıp, evrensel sistemin içine

dahil olmaya çalışıyoruz biz ve doğrusu da budur sanırım. Yerel değerlerinizi evrensel değer haline getirmek de açıkçası epey zordur. Biz bu anlamıyla, sisteme henüz dahil olabilmiş değiliz. Örneğin Japon usulü ya da Amerikan usulü kahvaltı bulabiliyorsunuz, ama Türk tipi kahvaltıyı otellerimizin mönüsünde bulamıyorsunuz. Var ama, oteller bunu pazarlanabilir bir malzeme olarak görmüyorlar. Bizim ülkemizde köklü bir yemek kültürü olduğu halde, bütün bunları evrensel düzeye getirememememiz ve çokuluslu firmalara bunu hissettirememiş olmamız tamamen bizim hatamız. Bu durumda nasıl hareket edeceğiz? Tabii ki Türkiye'de Batılı ülkelerde olduğu gibi, hatta kimi Doğulu ülkelerde olduğu gibi profesyonel aşçılık okulları maalesef yok. O anlamda çok büyük bir sıkıntı yaşıyoruz. Yaşadığımız darlığın neticesinde kendi gençlerimizi bu profesyonel sunumlara karşı hazırlayamıyoruz. O zaman ne yapmamız lazım? Madem ki okullar yok, okulun kurulması uzun bir zaman alacak, mevcutta da yetişmiş elemanlarımız var. Şu anda mutfak sektöründe çalışan önemli sayıda elemanımız var ve bunlar da yeni nesil insanlar. Bu yeni neslin yolunu açabilmek için bir sistem bulmalıydık, biz de bu sistemi gerçekleştirdik. Bunu da "Tarihi Osmanlı Saray Mutfakları Yarışması" adı altında bir mönü yarışmasına çevirdik. Bizim buradaki derdimiz şu? Böyle bir mönü kavramını yaratabilecek olan insanların, belirli firmalarda çalışıyor olması lazım. Biz bunu daha çok İstanbul ağırlıklı lüks otellerde çalışan Türk aşçılarımızı ilk planda düşünerek değerlendirdik. Çünkü bu lüks oteller, sürekli kendini güncelleştiren, evrensel sunum tekniklerini iyi bilen, takip eden ve bunlarla ilgili de kanaat önderi olan işletmelerdir. Dolayısıyla burada çalışabiliyor, değerlendirmelerini yapabiliyor ama bu bizim mutfağımıza yansımıyor. Nitekim bu mutfaklarda çalışan yöneticiler ve aşçıbaşılar da genelde yabancı oldukları için altlarında çalışan Türk arkadaşlarımızın çok fazla söz sahibi olduğunu da görmüyoruz. Olsa da, o derin evrensel politikalarını uygulamak durumundalar; neticede ticaret yapılıyor. Biz de, bu büyük otellerde çalışan arkadaşlarımızı bu yarışmalara davet ediyoruz. Bu yarışma aşçı değil, ekip yarışmasıdır.

Biz yarışmacılara kaynak da temin ediyoruz. Onlar bu kaynakları da kullanarak üç ay boyunca bir araya gelerek çalışıyorlar. Amaç ise aslında çok belli: Biz bu yarışmadan ne çıkarabiliriz? Çıkaracağımız şey yenebilir mi? Bu ülke topraklarında yetişen malzemelerle hazırlanabilir mi? Evrensel bir değeri var mı? Yani satılabilir mi? Sonuçta, kültürü evrensel, satılabilir bir boyuta getiremedikten sonra, kültür yerel kalır. O durumda da kaybolur gider; birçok kültürün başına geldiği gibi.

Bu yarışmanın en büyük amacı, aslında yarışmacıları bir araştırmaya yönlendirmek, öyle değil mi?

Tabii ki. Bu noktadan hareketle arkadaşlarımızı araştırmaya yönlendiriyoruz, tarihi mutfak kayıtlarıyla ilgili. Aynı zamanda, keşfedilen bu tatların pazarlanabilme özellikleri olduğunu görmelerini istiyoruz. Aşçıların bilgi, beceri ve kültürlerini ortaya çıkarmalarını istiyoruz. Çünkü aşçılar genelde 'teknisyen' olarak, mutfakta yemek yapan kişi olarak akla gelir; fakat bu yarışmada böyle değil. Dünyada aşçılar kendi işletmelerini kuran ve kendi tasarımlarını da bu işe katan insanlar. Bizim ülkemizde henüz böyle bir imkân oluşmuş değil. Bu yarışmada bir araştırmacı gibi çalışan, bir yönetici gibi planlama yapan, zaten aşçı olduğu için o yeteneklerini tabağa yansıtan, sonra da bunu evrensel boyutlarda tanıtabilecek çalışmaları yapabilen, biraz da ufkunu geliştiren aşçıları ön plana çıkarmayı amaçladık. Yani hedefimiz bu doğrultuda oldu.

Aslında bu işin üç farklı sacayağı bulunuyor: İlki araştırma ayağı ki bunu akademisyenler yürütüyor ve çalışmalarını bir yayın şeklinde ortaya koyuyorlar. İkinci ayağı ise, teorik bilgiyi pratiğe dönüştüren kişi, yani aşçı. Maharet kısmı devreye giriyor burada. Üçüncü boyutu da girişimcilik, yani

Bu yarışmada bir araştırmacı gibi çalışan, bir yönetici gibi planlama yapan, zaten aşçı olduğu için o yeteneklerini tabağa yansıtan, sonra da bunu evrensel boyutlarda tanıtabilecek çalışmaları yapabilen, biraz da ufkunu geliştiren aşçıları ön plana çıkarmayı amaçladık.



ortaya çıkan ürünün insanlara pazarlanması. Baktığınız zaman, bunların üçü de aslında birbirinden çok farklı şeyler. Araştırma yapan yemek yapmayı çoğunlukla bilmez, yemeği yapan ise genelde kitap karıştırarak, kütüphanelerde vakit geçirerek araştırma yapmak istemez… Siz, birbirinden kopuk gibi görünen bu üç süreci bir araya getirmeye çalışıyorsunuz. Buna teşvik ediyorsunuz insanları, bu çok önemli bir şey. Ya da en azından iki unsuru bir araya getirerek oradan üçüncü çıkış noktasının, girişimciliğin ortaya çıkmasını sağlıyorsunuz.

Her isteyen aşçı olamayacağı için, yönetici yeteneği olan aşçıları ortaya çıkarabilmek amacıyla bir itici güç oluşturmamız gerekiyor. Bu arkadaşlara biz desek ki, "Hadi gelin, biz bir okul kurduk, Osmanlı mutfağıyla ilgili bir şeyler yapalım, üç ay boyunca size bunları anlatalım, siz de gidip bunları uygulayın." Büyük işletmelerin içindeki ticari politikadan dolayı bu uygulama alanı yeterince bulamayacak böyle bir durumda. Bunu bulamayacağı için yeni şeyler ortaya çıkamayacak ve dolayısıyla hiçbir gelişme olamayacak. Fakat yarışma ortamında, en azından deneme imkânı bulacak. Bu denemeyle beraber aslında sadece kendi denemesini değil diğer otellerin adına yarışan yarışmacıların da denemelerini görecek. Biz, üç yarışma boyunca 100 küsur tasarım ortaya çıkarmış olduk. Bunun getirdiği bir tecrübe var. Büyük otellerin mutfaklarında, Türk mutfağı son derece sıradan bir şekilde sunuluyordu. Yarışma sayesinde bu anlayış bir miktar kırıldı. Yarışmaya girip başarı kazanan ve ödül alan aşçılar otellerine döndükleri zaman, yöneticileri şöyle düşünmeye başlıyor: "Bizim elimizde böyle kaliteli işler yapan bir adam/ekip var. Bunu değerlendirelim.

Sizin özellikle büyük organizasyonlarla ilgili ciddi tecrübeleriniz var. Kendi yemek kültürümüzü ön plana çıkarmak için, bürokratik davetlerde, zirvelerde ve ağırlamalarda Osmanlı mutfağına dair bir konsept sunulabilir mi?

Davetlerde, organizasyonlarda sürekli bir şekilde Osmanlı mutfağıyla ilgili tasarım yaptım. Bugün bir başbakan taze

Biz, üç yarışma boyunca 100 küsur tasarım ortaya çıkarmış olduk. Bunun getirdiği bir tecrübe var. Büyük otellerin mutfaklarında, Türk mutfağı son derece sıradan bir şekilde sunuluyordu. Yarışma sayesinde bu anlayış bir miktar kırıldı. Yarışmaya girip başarı kazanan ve ödül alan aşçılar otellerine döndükleri zaman, yöneticileri şöyle düşünmeye başlıyor: "Bizim elimizde böyle kaliteli işler yapan bir adam/ekip var. Bunu değerlendirelim.







fasulyeyi kendi başına yer, fakat kalkıp taze fasulyeyi bir zirvenin içinde sunduğunuz zaman bunun bir tasarımı, konsepti olması lazım. Neden çok özel bir organizasyon olduğu zaman devlet Dolmabahçe'de ağırlıyor misafirlerini? Çünkü onları etkilemek istiyor. Onun için bir devlet yöneticisi ne kadar halktan biri de olsa, halka yakın da olsa, o anda devletini temsil ettiği için her türlü jargonu kullanmak durumundadır. Bunun bilgisini de elbette birinin sağlaması gerek. İşte bunları üretecek adam düşünür; bu devlet zirvesi neden yapılıyor, katılacak milletler kimler vs. Yani aşçının bu bilgiye göre hazırlık yapabilecek beceride olması lazım. Bunun için de elbette bilgi birikimini gerekiyor. Ancak, sadece teorik bilgi yetmiyor, bunlara uygulama alanları yaratmak lazım. İşte, yaptığımız yarışmanın amacı da budur. Yapılan üç yarışmadan sonra görüyoruz ki büyük oteller kendi mutfaklarındaki mönülerine de yarışmaya katılırken yaptıkları yemekleri koymaya başladılar ve satıyorlar bunları.

Böylelikle, yerel değerlerin ve tatların evrensel bir değere ulaşması sağlanmış olmuyor mu aynı zamanda?

Kesinlikle. Otel evrensel de olsa, lokal kültürün sunulabileceği durumlar da var. Otel yöneticisi, yabancı bir müşteri geldiği zaman, esnaf lokantasında satılan köfteyi çok şık ortamlarda sunmamız söz konusu değil, kanaatine kapılıyor. Biz yarışmayla biraz da bu algıyı kırmaya çalışıyoruz. İşletmeci, Anadolu'nun en ücra yerinde en iyi malzemeyi buluyorsa, yarın öbür gün Japonya'ya, İtalya'ya, İngiltere'ye, Hindistan'a oraya buraya gittiğinde, o zaman bu malı Türkiye'den isteyecek. Aslında Türkiye'ye dışarıdan gıda malzemesi getirmek çok külfetli bir iştir. Sizin zeytinyağınızı, sebzenizi, meyvenizi; özellikli malzemenizi siz yurtdışına satmaya başladığınız zaman gerçekten başarılı olmaya başlarsınız. Mesela beyaz peynir. Almanya'da Türkler üretiyorlar peyniri. Ancak orada üretildiği için bütün katma değer de Almanya'da kalıyor. Beyaz peyniri buradan oraya göndermek çok zor bir mesele. Böyle bir marifet varsa, üzerine gitmek lazım. Dahası, bizim tarihi mutfağımızda bulunan, hiç sunumu yapılmamış o kadar çok yemek var ki. Biz bunun belki onda birini kullanıyoruz ülkemizde. Kalanları ön plana çıkaracak olanlar, aşçılardır.

Sizce, mutfak kültürünün tanıtımı ve pazarlanması ülke ekonomisine ne gibi katkılar sağlar?

Aslında mutfak, ekonomik açıdan büyük getirisi olmasının yanında, ülkenin ekonomik açıdan pazarlanmasında ve markalaşması adına da çok önemli getirisi olan bir sektör. Ülkeler düşmanlığı aynı sofraya oturdukları anda bırakırlar. Sofranın bir huzuru, birleştiriciliği vardır çünkü. Bizim Osmanlı mutfağı dediğimiz şey, sadece imparatorlukların birikimini değil, Anadolu'da yaşamış bir sürü medeniyetin izlerini de taşır. Osmanlı mutfağı zaman içinde buna şekil vermiştir, değer katmıştır. Ve bu değeri katarken de sadece Batı veya Doğu eksenli değil, bütün coğrafyadaki değerleri göz önüne almıştır. Mesela kuru fasulye. Çok seviliyor kuru fasulye. Ama bunun bize ait olduğunu nasıl anlatacaksın? Bugün dünyanın en önemli malzemelerinden biri olmaya namzet, yoğurt var örneğin. Türk icadı. Bir de kullanım



Ben ilk Osmanlı yemek kitapları tercüme etmeye başladığımda, o zaman bana dediler ki, "Bu kitaplardan ne çıkacağını bilmiyoruz." Sene 1990-91. O zamanki halimle Osmanlıca öğrenip bunları tercüme etmeye başladığım zaman büyük şaşkınlık yaşadım araştırdıkça… Büyük bilgi kaybı var. Osmanlı'nın sonu, ister istemez bütün kültürel alanlarda da sonu getirdi. Neticede devrimdir, devrimin de kendine göre gerekleri vardır. Kendi hedeflerine doğru yönelecektir, o zaman da klasik hedefler geride kalacaktır. Dünyadaki sosyal rejimlerin değişmesi, imparatorluktan ulus devlete geçiş bu işi tetiklemiştir. Bunu nasıl tekrardan ortaya çıkarabiliriz? Yazılı olan birçok kaynak var ama yazılı olmayan da birçok bilgi var. Bu bilgileri ağızdan toplamak artık zor.



Benim derdim şu: İyi İngilizce bilen, diksiyonu düzgün, kültürü, tarihi bilen, estetik değerlerden, sanattan haberi olan, 100 tane adam yetiştirmek için yıllardır çok uğraşıyorum. Bir okulda, iki sene içinde (bu işte üçüncü seneye gerek bile yoktur) bu 100 adamı alayım, yetiştireyim, iki senede birer Vedat Başaran olarak dünyaya salayım bu yetişmiş insanları. Onlar tasarım yapsınlar, değerlendirme yapsınlar, bilgi ve becerilerini uluslararası alanda paylaşsınlar.

alanlarımız o kadar geniş ki… Batılılar, mutfak tekniklerinde yoğurdu kullanmayı hiç bilmezler. Biz yoğurttan yemek, tatlı, çorba yapmışız. Almışız, kurutup tarhana yapmışız. Yani her tekniğini iyi biliriz.

Ben ilk Osmanlı yemek kitapları tercüme etmeye başladığımda, o zaman bana dediler ki, "Bu kitaplardan ne çıkacağını bilmiyoruz." Sene 1990-91. O zamanki halimle Osmanlıca öğrenip bunları tercüme etmeye başladığım zaman büyük şaşkınlık yaşadım araştırdıkça… Büyük bilgi kaybı var. Osmanlı'nın sonu, ister istemez bütün kültürel alanlarda da sonu getirdi. Neticede devrimdir, devrimin de kendine göre gerekleri vardır. Kendi hedeflerine doğru yönelecektir, o zaman da klasik hedefler geride kalacaktır. Dünyadaki sosyal rejimlerin değişmesi, imparatorluktan ulus devlete geçiş bu işi tetiklemiştir. Bunu nasıl tekrardan ortaya çıkarabiliriz? Yazılı olan birçok kaynak var ama yazılı olmayan da birçok bilgi var. Bu bilgileri ağızdan toplamak artık zor.

Bizim, nedense geleneklerimizi çok çabuk terk eden bir yapımız var. Beş bin yıllık bir mutfağı Suriye'de yaşayabilirsiniz, Yunanistan'da yaşayabilirsiniz, Romanya'da, Rusya'da yaşayabilirsiniz… Ama bizim ülkede bu son derece sınırlı. Ortaya çıkarmak için çok uğraşmanız lazım. Yıllar önce bir davette, Pakistan Genel Kurmay Başkanı gelmişti. Hizmet ederken otantik bir görüntü vermek amacıyla seramik, bakır, toprak kap kacakta sunduk yemekleri; "Size özel olarak bunlarda veriyoruz yemekleri," dediğimizde, "Biz hâlâ bunlarda yiyoruz," dedi. Bu benim için çok önemli bir mesajdı. Bizim kendi ülkemizde, kendi geleneklerimizi terk etmek gibi bir hastalığımız var. Bunları koruyacak sistemimiz yok, bunları koruyacak sivil toplum örgütleri yok. Devletin bu konudaki politikası ise yetersiz.

Bir standartlaştırmayla saray mutfağının belli başlı özelliklerini ortaya çıkarmak ve dahası bunları geleceğe aktarmak mümkün olamaz mı?

Mümkün. Ancak standartlaşmanın hem iyi yönleri hem de getireceği sıkıntılar var. Şöyle bakmak lazım bu duruma: Bir fast food yemek üreticisiyseniz eğer, firmanın kendi standartları olacaktır mutlaka ve çok doğaldır bu. Fakat bizim anlattığımız Osmanlı mutfağında bu standardizasyon meselesi biraz göreceli. Mesela 100'ün üzerinde döner çeşidi var, 20'nin üzerinde farklı Çerkez tavuğu bulabilirsiniz. Osmanlı mutfağını şık mutfaklarda, şık restoranlarda sunacaksak, onun belli başlı standartları olabilir ama çoğunlukla şefe göre/restorana göre değişen farklı tatlar olacaktır. Yani standartlaşmanın olabilmesi için ilk önce bu klasik mutfağın tamamen ortaya çıkarılması ve bu mutfağın geniş kitleler tarafından biliniyor olması gerekir.

Bu konuya ilişkin yaptığınız çalışmalardan bahsedebilir misiniz?

1997'de, 1844 yılında basılmış bir yemek kitabının tercümesini çokuluslu bir firmayla yaptık. Ülke olarak biz bu meselelere ideolojik bakmışız. Kitap 1999'da yayımlandı. Demek ki bu ideolojik bakış artık değişmeye başlamış bu dönemde. Çünkü hiç unutmuyorum, yıllar önce Hikmet Çetin dışişleri bakanıyken, "Efendim, yemeklerin hepsini kendi mutfağımızdan yapalım, kendi kültürümüzde, çizgimizde ilerleyelim," dedim. O da cesaret verdi, "Yapın," dedi. 1995 yılında büyük davetlerde başlamıştık bunu yapmaya. Devlet yemekleri önemlidir, neticede formal yemeklerdir. Devlet ne kadar bu işin üzerine eğilirse, mutfakta o kadar pratik yapma imkânı da olur aynı zamanda. Ama bu, 'zeytinyağlı koyalım, araya da su böreğini koyalım, ondan sonra da kuzu tandırı verelim' mantığı değil. Maalesef öyle oluyor, ama öyle olmamalı. Onun için burada dikkat edilmesi gereken; çeşitlilikte süreklilik, sadece saray mutfağı da değil, kırsal mutfağın özel tatlarını, yemeklerini de buralarda değerlendirmek gerek. Bunun özellikle araştırmacılar tarafından da sağlanması lazım. Benim zamanımda çok fazla araştırmacı yoktu; 4-5 araştırmacı ile sınırlıydı. Ama şimdi, 20 küsur sene sonra bakıyoruz üniversitelerden yeni yeni araştırmacılar, yeni dokümanlar ortaya çıkıyor. Kitaplar basıyorlar ve bir bilgi ortaya çıkıyor.

Yemeği ya da mutfak kültürünü estetik bir değere dönüştürmeye çalışıyorsunuz. Türkiye'de böyle bir algı var mı şu anda, varsa ne düzeyde?

Bizde yemek meselesi hâlâ estetik bir değer algılamasına girmiş değil. Bu algının oluşması için de yeni nesillerin ortaya çıkması lazım. Çünkü yeni nesil kendi köklerini merak eder halde. Biz çocukken, yurtdışına gidelim, şunları bunları yapalım, diye uğraşırdık. Şimdi çocuklarımızı yurtdışına göndermek istediğimizde gitmiyor çocuklarımız; çünkü burada daha rahat yaşıyorlar. Nesiller değişiyor, ülkemizdeki insanlar artık kendilerine güveniyor, bu güvenle hareket ediyorlar ve bununla ilgili bir patlama var. Parayı kazandıktan sonra da bu sefer kendi kültürünü rafine etmeye çalışacak. Örneğin muhafazakâr kesimin zenginlerine bakalım; o estetiği aramaya başladı insanlar. 20 sene önce bunlar yoktu. Herkes telaşla para kazanmaya bakıyordu, böyle bir estetik aranmıyordu. Fakat yeni nesiller bunu arayacaklar. Kendilerini evrensel anlamda ifade edebilmeleri için kendi özelliklerini ortaya koyacaklar. Bu da sadece mutfakta değil, sanatın her kolunda böyle olacak. Ben 1992 yılında Ramazan'da hat koleksiyonu sergisi yaptığımda çok tepki gelmişti. Sonra, yıllar içinde bütün oteller Ramazan ayında özel şeyler yapmaya başladılar. Netice itibariyle insanda estetik algılama çoğalırsa bunun önünde hiçbir şey duramaz. Yemek de böyle bir şey. Böyle bir istek ancak estetik algılamanın yükselmesiyle gerçekleşir.

Aşçıları yemek kültürü konusunda yönlendirmek gerektiğini mi düşünüyorsunuz?

Doğru, ama yönlenebilmeleri için de aşçıların kendi imkânlarının geliştirilmiş olması lazım. Onun için ancak bu tip yarışmalar sinerjiyi çoğaltabilir. Yani dünyanın en iyi okulunu da kursanız, bu yarışmada elde ettiğiniz tecrübeyi yakalamanız çok zor.

Dünyanın önemli kentlerinde restoranlar açmak lazım. Bu restoranların iç dizaynına da dikkat etmemiz gerekiyor: Türkiye'de en iyi tekstili, en iyi mobilyayı kimler yapıyorsa yine tasarımı da onlar yapsın. Çağdaş bir Türk yorumu çıksın ortaya. Paris, Londra, Berlin, New York'ta, kendi döner sermayesiyle çalışacak restoranlar kurmalıyız.



Konuyla ilgili yeni yeni araştırmalar yapılıyor. Hal böyleyken, bir enstitü, belki üniversitede bir bölüm açılabilir mi? Bu konuya ilişkin çabalarınız oldu mu?

Bunlar için çok uğraştım. Benim derdim şu: İyi İngilizce bilen, diksiyonu düzgün, kültürü, tarihi bilen, estetik değerlerden, sanattan haberi olan, 100 tane adam yetiştirmek için yıllardır çok uğraşıyorum. Bir okulda, iki sene içinde (bu işte üçüncü seneye gerek bile yoktur) bu 100 adamı alayım, yetiştireyim, iki senede birer Vedat Başaran olarak dünyaya salayım bu yetişmiş insanları. Onlar tasarım yapsınlar, değerlendirme yapsınlar, bilgi ve becerilerini uluslararası alanda paylaşsınlar. Bu insanları eğitelim, ama onlardan para mara istemeyelim, çünkü bu pahalı bir eğitim. Bu işi devletin ve çeşitli sivil toplum kuruluşlarının desteğiyle halledelim. Ve 100 tane adam çıkaralım her iki senede bir. Bu adamlar dünyada müthiş başarılar sağlar, müthiş tanıtımlar yaparlar ve inanılmaz bir birikime sahip olurlar. Ve en çok da Türkiye kârlı çıkar bu işten. Biz yapamadık, derdimiz bu.

Önünüzü tıkayan nedenler nelerdir?

Aslında herkes bunu yapmak istiyor, önümüzü de neyin tıkadığını anlamıyorum bir türlü... Biz diyoruz ki devlete; bir tane güzel bina verin bize, bu binanın yeri çok da önemli değil. Aşağı yukarı 1000 metrekare bir bina olsun, yeter. Biz de sponsorlar aracılığıyla binanın tadilatını yapalım. Biz hâlâ diretiyoruz, uğraşıyoruz bunları yapalım diye. Fakat maalesef sonuca gidemiyoruz. Özel üniversiteler var, oralara danışmanlık yapıyor, yardım ediyor ama benim derdim o değil: 100 tane yetenekli adamı, yetiştirelim, destekleyelim ve bu adamları dünyanın her yerine gönderelim. Çünkü bu adamlar buradan çıktıkları zaman müthiş bir İngilizceyle, müthiş bir bilgi birikimiyle çıkacaklar. Bu adamlara üniversitede zaman harcatmanın bir gereği de yok. Çünkü biz çalışacak, pazarlayacak adam olarak bunları yetiştireceğiz. Bu arzumuz bitmedi, çünkü ben çok zor şartlarda İngiltere'ye gidip okuyan bir adamım. Orada verilen eğitimi gördüğüm halde -ki son derece basit bir eğitim, burada rahatlıkla yapabiliriz- aynı eğitimi burada yapamamak beni çok üzüyor. İngiltere'den geldiğimde, Osmanlı'nın ülkemizde bile bu kadar kötü bir imajının olduğunu bilmiyordum. Ne zaman "Osmanlı mutfağı" tabirini kullandım, böyle bir şeyi hissettim. Ama kısa sürede de insanlar bunun bir öcü olmadığını anladılar. Dolayısıyla böyle bir değeri de hiç kimse görmezlikten gelemez. Gençlerimize bunu vermeliyiz, onların önünü açmalıyız.

Dünyanın önemli kentlerinde restoranlar açmak lazım. Bu restoranların iç dizaynına da dikkat etmemiz gerekiyor: Türkiye'de en iyi tekstili, en iyi mobilyayı kimler yapıyorsa yine tasarımı da onlar yapsın. Çağdaş bir Türk yorumu çıksın ortaya. Paris, Londra, Berlin, New York'ta, kendi döner sermayesiyle çalışacak restoranlar kurmalıyız. Ama esas mesele o şıklığı vermek, o etkiyi yaratmak. Tam tersi biçimde, ülkemize gelen turistlere hâlâ onların kendi yiyeceklerinden oluşan mönüler veriyoruz. Oysa, Batı formatındaki bir mutfağın Türkiye'de çok önemi yok. Yani bu ülkeye siz 20 milyonun üzerinde turist getiriyorsanız ve bu turiste siz kendi ülkesindeki bir şeyin taklidini verecekseniz, bunun bir kıymeti yok. Bizim memleketin tanıtımının en büyük kaynağı mutfaktır. Bence konsolosluklardan çok daha önemli, ayrıca istihdam da yaratan bir şeydir. Samimi bir şekilde söylüyorum; bizim mutfağımızı bu düzeye getirebilecek kapasitemiz var. Benim söylediğim şey son derece basit bir formülle yapılabilir. Bu yerin sağlanmasında, Türkiye'deki bütün otellerin ve restoran işletmelerinin katkısı olması lazım. Sadece onların mı? Değil. Bununla beraber MÜSİAD, TÜSİAD, TUSKON gibi kurumlar da projelerle bu alana dahil olmalı. Yani iş dünyasının da çok faydalanabileceği bir alan: Siz tekstil ürününüzü de, makinenizi de, sebzenizi, meyvenizi de bu sektörde çok rahat pazarlayabilirsiniz. Bu değerler bizim ve Türkiye'ye gayri safi milli hasılayı kazandıran bütün herkesin bunda sorumluluğu var. Koca Türkiye 100 tane öğrenciyi iki sene besleyemeyecek mi? İki sene sonra bu adamlar uluslararası başarılara imza atacaklardır.

Diyelim ki siz İzmir'de Karadeniz mutfağı açacaksınız. Siz Karadeniz mutfağını İzmir'deki adamlarla yapar mısınız? Yapmazsınız. Çünkü o adam onu bilmeyecektir, hissetmeyecektir ve dahası siz onunla iletişim kuramayacaksınız. Dolayısıyla, malzemeyi Karadeniz'den getirtirken, adamları da oradan getirmeye başlayacaksınız. Batı, kendi formatlarını kurmuş durumda. 'Kardeşim ben otel işleteceğim, otelin bölümleri budur, bu bölümleri işletecek adamın diploması, eğitimi, deneyimi şu olması lazım,' diyor. Bu özelliklere sahip, yönetici aşçı pozisyonunda dünyada sayımız çok değil.

3. Osmanlı Saray Yemekleri ve Mutfak Kültürü Yarışması Yapıldı

Anadolu Halk Mutfağı Derneği tarafından düzenlenen ve moderatörlüğü Food in Life Gastronomi Yayınları tarafından yapılan "Osmanlı Saray Yemekleri ve Mutfak Kültürü Yarışması" bu yıl İstanbul 2010 Avrupa Kültür Başkenti Ajansı'nın katkılarıyla 6 Kasım 2010 tarihinde Feshane'de gerçekleştirildi.

Anadolu Halk Mutfağı Derneği, Türk mutfağının bütün varlıkları ile tanınması ve yaygınlaşması amacıyla İstanbul 2010 Avrupa Kültür Başkenti Ajansı'nın katkılarıyla yapılan "Osmanlı Saray Yemekleri ve Mutfak Kültürü Yarışması'nın üçüncüsünü, Food in Life moderatörlüğünde Türkiye'nin saygın beş yıldızlı zincir otelleri, mutfak endüstrisi şirketleri, sivil toplum kuruluşları, Türk mutfağının büyümesi ve güçlenmesi adına çaba sarf eden araştırmacı yazarlar, gurmeler, akademisyenler ve mutfak profesyonelleri ile Beltur'un ev sahipliğinde Feshane'de gerçekleştirdi.

Türkiye'de gastronomi dünyasının saygın sivil toplum kuruluşlarının önderleri, basınımızın seçkin isimleri ve profesyonel mutfak dünyasının önemli isimleri ile akademisyen isimlerden oluşan her biri otorite konumundaki seçici kurul üyeleri, her biri ülkemizin en önemli ve saygın turizm yatırımcısı olan çok uluslu şirketlerin uluslararası zincir niteliği taşıyan otellerinin mutfak takımları arasından seçim yaptılar. Her biri birbirinden ilginç yemekler ve birbirinden şık sofralar hazırlayan yarışmacılar arasından birincilik ödülünü İstanbul Hilton Hotel aldı. İkincilik ödülü The Marmara Hotels Taksim İstanbul, üçüncülük ödülünü ise Conrad Hotel İstanbul aldı.

Yarışmanın sonucunda birinci olan gruba 10.000 TL, ikinci olan ekibe 7.500 TL ve üçüncü olan otel ekibine ise 5.000 TL para ödülü verildi.

Organizasyonun Seçici Kurulu ve Jüri Üyeleri:
Vedat Başaran (Türk ve Osmanlı mutfak araştırmacısı, işletmeci, jüri başkanı), Ahmet Örs (Gurme, Sabah gazetesi yazarı), Osman Serim (profesyonel mutfak danışmanı), Maximillian Thomae (executive chef), Özge Samancı, (araştırmacı yazar, akademisyen)





Bu konuda Kültür Bakanlığı'nın bir girişimi olamaz mı ya da Kültür Bakanlığı bu konuya yeterince eğiliyor mu?

Kültür Bakanlığı uğraşıyor elbette, ama uğraştığı alanların sayısı o kadar yoğun ki. Yani Bakanlığın buna yetişmesi mümkün değil. Kültür Bakanlığı biraz daha uğraşabileceği şeylerle uğraşmaya çalışıyor. Bunların da çok önemli bir ihtiyaç olduğunu biliyor, fakat bu ihtiyacın altından kalkılabilmesi için ekiplerin ve bütçenin olması gerektiğine inanıyor. Biz bahsettiğim okulun ilk önce İstanbul'da, ardından Ankara'da ve Antalya'da kurulmasını istiyoruz. Böyle bir okul, belli bir noktadan sonra gelirlerini de kendisinin sağlayacağı bir projeye dönüşecektir. Şunu unutmayın ki, ülke bugün bir kavşak noktasına geldi; yani Doğu ile Batı'nın tam kavşak noktasındayız artık. Ortadoğu'dan başlayıp Balkanlara kadar uzanan coğrafyaya baktığınızda herkes İstanbul'u merkez alıyor. Artık Londra'yı, Paris'i, New York'u merkez almıyorlar. Türkiye'nin gücü de itibarı da arttı. Azerbaycan'dan tutun Rusya, Romanya, Bulgaristan'a kadar müthiş bir öğrenci akını var ülkemize.

Bugün, otellerin çoğunda halen yabancı aşçılar çalıştırılıyor, bu konuya ilişkin ne düşünüyorsunuz?

Diyelim ki siz İzmir'de Karadeniz mutfağı açacaksınız. Siz Karadeniz mutfağını İzmir'deki adamlarla yapar mısınız? Yapmazsınız. Çünkü o adam onu bilmeyecektir, hissetmeyecektir ve dahası siz onunla iletişim kuramayacaksınız. Dolayısıyla, malzemeyi Karadeniz'den getirtirken, adamları da oradan getirmeye başlayacaksınız. Batı, kendi formatlarını kurmuş durumda. 'Kardeşim ben otel işleteceğim, otelin bölümleri budur, bu bölümleri işletecek adamın diploması, eğitimi, deneyimi şu olması lazım,' diyor. Bu özelliklere sahip, yönetici aşçı pozisyonunda dünyada sayımız çok değil. Türkiye'de otel açıldıktan sonra o kadroda İngilizce iletişim kurabilecek, oteldeki yönetim kurulu toplantılarına girebilecek düzeyde yönetici aşçı olmadığı için ona kalkıp o programı vermiyorlar. Eğitim bunun için önemlidir. Bunu alabilmesi için bu çocukların yetenekleri Batılı aşçılardan aşağı kalmadığı gibi, daha da iyi olabileceğine inandığım halde, en büyük problem iletişim. İletişim ne? İngilizce. Bunun dışında, dünyayı takip etmek gerek. Diyelim adam ABD'den rezervasyon yapıyor, buraya geliyor; burada tüketimi olmayan bir şeyi sizden isteyebiliyor. Sizin ABD'deki tüketim alışkanlıklarını da bir şekilde biliyor olmanız lazım. Bunu nasıl takip edeceksiniz? Eğer varsa İngilizceniz, ulaşım alanlarınız mümkünse, bunu yapabileceksiniz. Birbirleriyle anlaşmaya çalışan iki insan düşünün; biri kızıyor diyelim, ama tercüman diğerine o kızgınlığı aktaramıyor değil mi? Yani ne söylüyorsa onu aktarıyor. Duyguların aktarılması mümkün değil. Dolayısıyla, bir insanın en iyi iletişimi kendisinin sağlayacağını düşünüyorum. En sağlıklı yöntem bu. Yetiştireceğimiz insanlara okuma ve araştırma sevgisi aşılamamız lazım. Bu yüzden araştırmaya sevk ediyoruz; okuyun, diyoruz. Çünkü okumayla beraber ister istemez hafızada bir şey oluşacak. Yani bu fotoğrafları ancak okuyarak yaratabilirsiniz.



Sağlık Teknolojilerinin Değerlendirilmesi: Dünyada Gelişmeler ve Türkiye'ye Yansımalar

Uzm. Dr. Rabia Kahveci

Kanıta Dayalı Tıp Derneği
Yönetim Kurulu Başkanı

Özellikle son yüzyılda büyük bir hızla gelişen ve değişen teknolojilerin hem hizmet sunucularının hem de hizmet alıcılarının kafalarını karıştırdığı bir gerçek. Halkın, her yeni çıkan teknolojiye -belki biraz da cazip reklamlar nedeniyle- ilgisinin arttığı ve bunun da talebe yansıdığı görülüyor. Gelişen dünyanın bir yansıması olan internet gibi teknolojik gelişmelerle halkımız bilgiye kendi de ulaşabiliyor, araştırıyor, tecrübelerini rahatlıkla paylaşıyor ve en önemlisi de soruyor, soruşturuyor. Ancak farklı kanallarla ulaşılabilen her türlü bilginin de güvenilir olmadığını biliyoruz. Yanlış edinilen bilgiler ise insanları tamamen yanlış fikirlere ve yanlış hareketlere itebiliyor.

Söz konusu sağlık teknolojileri olduğunda, tüm yukarıdakiler geçerli iken bir de üzerine sağlık sorunlarından kaynaklanan endişe ve kaygılar, stres, yaşam kalitesine dönük beklentiler ve umut gibi insani tüm duygular ekleniyor. Taleplerin, soruların ve merakların arttığı böyle bir teknolojik gelişmeler sunumunda ise hizmet alıcısı kadar hizmet sunucusu da önem kazanıyor. Hizmet sunucularının bir kısmı artan teknolojiye hâkim olmakta sıkıntı yaşarken, bazıları ise birtakım teknolojileri takip, kabul ve teşvik ediyor. Aslında tüm bu süreçte önemli olan belirsizliklerin ortadan kalkması, yani teknolojilerin etkililiği ve güvenliliği ile ilgili bilgilerin net olmasıdır. Böylece gerek hizmet sunucuları gerekse hizmet alıcıları teknolojiden neler bekleyebilecekleri, ne kadar hizmet alabilecekleri ve bu esnada karşılaşabilecekleri her türlü olumsuzluklardan haberdar olabilirler.



Sağlık sistemi bir bütün olarak düşünüldüğünde ise sadece bu iki taraf açısından belirsizliklerin giderilmiş olması yeterli değildir. Teknoloji kullanımından bahsederken üreticiyi bunun dışında tutmak büyük bir hata olur. Teknoloji üreticileri, ürettikleri teknolojinin artı ve eksi yönlerini net olarak belirlemek ve endişeleri gidermek durumundadır, ancak bir yandan da elbette çoğu üretim kâr amacı güttüğü için sürdürülebilir de bir iş kapasitesi oluşturmalıdır. Bunun için teknolojiyi pazarlama ve bunun alım basamakları onlar için çok önemlidir. Teknoloji üreticisinden kendi üretimiyle ilgili her türlü bilgiye hâkim olması beklenirken, üretici de üretim sonrası teknolojinin yayılım ve kullanım sürecinde karşılaşacağı her türlü sosyal, hukuki, yönetimsel ve politik süreçlerde netlik bekler.

Bu anlamda çok önemli olan bir diğer paydaş da politika belirleyicilerdir. Politikayı belirleyenler tüm sağlık teknolojilerini bir şekilde yönetebilmek ve kısıtlı olan bütçeleri ile hangi teknolojilerin teşvik edileceği hususunda da karar vermek durumundadırlar. Bu nedenle, sağlık alanında politika belirleyiciler sağlık teknolojilerinin ruhsatlandırılması sürecinde etkililiği ve güvenliliği hususunda kararlar verirlerken, aynı zamanda yaygınlaştırılması ve gerektiğinde de geri ödenmeleri hususunda da karar vermek durumundadırlar -ki bu aşamada da teknolojilerin maliyet etkililiği hususu gündeme gelir. Ama bu da yeterli değildir, çünkü tüm halkı kapsayacak bir değerlendirme döneminde olunduğuna göre teknolojinin teşviki ile ilgili etik, hukuki ve sosyal mevzular da yine sağlık politikacılarını ilgilendirir. Ancak bu hiç de kolay değildir. Politikacının karar aşamasında teknolojilerin etkililiği, güvenliliği, maliyet etkililiği konusunda bilimsel güvenilir bilgilere ihtiyacı varken, aynı zamanda teknoloji kullanımı ile ilgili diğer mevzuların da irdelenmesi gerekir. İşte bu ihtiyaçtan hareketle ve temelde sağlık teknolojileri ile ilgili belirsizlikleri ortadan kaldırmak ve politik kararlara destek olmak amacıyla "sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi" (STD) alanı doğmuştur.

SAĞLIK TEKNOLOJİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ (STD)

STD süreci ve diğer ülkelerde neler yapıldığına değinmeden önce bazı tanımları netleştirmekte fayda vardır
"Teknoloji" araç gereçlerin kullanımı ve kullanımlarının sosyal ve fiziksel çevreyi kontrol etme ve adapte olma kabiliyeti ile ilgilenmektedir (1).

1960'larda özellikle ABD'de kullanılmaya başlanan "teknolojik değerlendirme" terimi, çevre kirliliği ve genetik taramaların etik yönleri gibi mevzulara odaklanmıştır. İlk kullanılmaya başlandığında teknoloji çevresindeki mevzuları incelemiş ve teknolojik değerlendirme, teknolojinin gelişimi ve kullanımı çevresindeki problemlere bir yaklaşım olarak önerilmiştir (2). Teknolojik değerlendirme üzerine yapılan ilk çalışmalarda, "bir teknoloji kullanımından doğacak kısa ve uzun vadeli sonuçları inceleyen bir politik araştırma şekli" olarak tarif edilmiştir (3, 4, 5).

İlk yıllarda sağlıkla ilişkili teknolojilerin değerlendirilmesine, "medikal/tıbbi teknolojik değerlendirmeler" (*medical technology assessment*) denirken, 1980'lerde daha çok "sağlık bakımı teknolojik değerlendirmeleri" (*healthcare technology assessment*) denilmiştir. 1990'larda ise daha yaygın olarak "sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi" (*health technology assessment*) ifadesi kullanılmaya başlanmıştır (2).

"Sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi" (STD) bir sağlık teknolojisi kullanımının, ilişkili teknolojiler grubunun veya teknoloji ile ilişkili bir mevzuun kısa ve uzun vadeli sonuçlarını inceleyen bir politik araştırma şekli olarak tanımlanır (6).

"Sağlık teknolojileri", ilaçlar, cihazlar, cerrahi işlemler ve sağlık bakımının sunulduğu organizasyonel ve destekleyici sistemlerdir (6).

STD teknoloji ve teknolojik değişimlere geniş bir bakış açısıyla bakar ve birçok perspektiften bu mevzuların analizini yapar. Alan teknolojinin etik ve sosyal sonuçlarını; bir sağlık teknolojisinin geliştirilmesi ve yayılmasını oluşturan veya hızlandıran faktörleri; sağlık teknolojisinin kullanım ve yayılımı ile ilgili kamu politikalarının etkilerini ve teknoloji kullanımındaki farklılaşmalar ile ilgili çalışmaları içerir. STD'nin en önemli özelliği mümkün olduğu ölçüde belli bir teknoloji veya teknoloji grubunun faydaları ve finansal sonuçlarını belirlemektir. Geniş bakış açısı ve ilgi alanı düşünüldüğünde STD bir yöntemler silsilesi ile değil, ancak amacı ile tanımlanabilir (6).

STD'yi belli bir alan veya disiplin olarak tanımlamak doğru değildir. STD bilimsel kanıtlara dayalı sistematik "interdisipliner" bir süreçtir. Hekimleri ve diğer klinisyenleri, ekonomistleri, sosyal bilimcileri, halk sağlığı ve sağlık hizmet araştırmacılarını, mühendisleri ve etik uzmanlarını dahil eder. Artık halk ve temsilcileri de STD sürecine daha fazla dahil edilmektedir (6).

STD'nin amacı değişimdir. Ancak politika hedefli olsa da STD'nin kökleri sıkıca bilime ve bilimsel metodlara dayalı olmak zorundadır. Teknolojik değerlendirme süreci titizlikle sürdürülerek geçerli sonuçlar elde edilmelidir (6).

DÜNYADA STD

1970'lerde ABD ve ardından İsveç'te başlayan STD çalışmaları ve kamuda STD yapacak birimlerin oluşturulması hareketi büyük bir hızla, özellikle Batı Avrupa ve Kuzey Amerika'da daha yoğun olmakla birlikte tüm dünyaya yayılmıştır. Son yıllarda ise Latin Amerika ve Asya ülkelerinde de yapılanmalar başlamıştır. Henüz Afrika'da resmi bir

"Sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi" (STD) bir sağlık teknolojisi kullanımının, ilişkili teknolojiler grubunun veya teknoloji ile ilişkili bir mevzuun kısa ve uzun vadeli sonuçlarını inceleyen bir politik araştırma şekli olarak tanımlanır.





yapılanma olmamakla birlikte son birkaç yılda Afrika ülkelerinin de konuya ilgisi çekilmiştir ve bu yönde bazı çalışmalar başlattıkları bilinmektedir. Bazı ülkelerde tarihi süreç içindeki gelişimleri incelemek STD yapmayı düşünen Türkiye için oldukça değerlidir. Bazı ülkelerde STD dinamik ve politikayı düzenli etkileyen bir çalışma olmakla birlikte, diğer bazı ülkelerde hantal bir devlet ünitesi şeklinde kalmıştır. Türkiye'de eğer amacı olan değişimi sağlayacak dinamik bir yapı oluşturmak istiyor isek, diğer ülkelerin başarı öykülerini ve başarısızlık deneyimlerini iyi incelememiz ve kendimize yol haritamızı belirlerken yol gösterecek dersleri de çıkarmamız gerekir. Aslında her ülkenin sistemini incelemek bizim için değerlidir. İsveç, Almanya, Fransa, Finlandiya, Danimarka ve Hollanda gibi ülkelerde STD uzun süredir yapılmakta ve farklı yöntemler izlenmektedir. Çin, Japonya, Filipinler gibi Asya ülkeleri; Brezilya, Arjantin, Meksika gibi Güney Amerika ülkeleri STD çalışmalarına Batı Avrupa ve Kuzey Amerika'ya göre daha geç başlamakla birlikte oldukça önemli bir aşama kat etmişlerdir. Doğu Avrupa'da Polonya hızla kalkınmakta olan bir Avrupa Birliği (AB) ülkesi olarak, özellikle eğitim sürecinde AB fonlarından yararlanarak kısa sürede büyük bir insan gücü oluşturmuş ve STD alanında söz sahibi olmuştur. Bu ülkelerin hepsinden de öğrenebileceğimiz şeyler vardır. Ancak bu makalede hepsini tek tek incelemek mümkün olmayacağından dünyada STD'yi başlatan ABD; şu an dünyada en iyi STD yapan ve uygulamalara yansıtan ülke olarak bilinen İngiltere ve kalkınmakta olan ülkelerden en eski ve en düzgün yapılandırılmış STD çalışmalarına sahip olan Malezya üzerinde durulacaktır.

Amerika Birleşik Devletleri

1972'de Teknolojik Değerlendirme Ofisi ve David Banta ile başlayan STD çalışmaları 1995'te siyasi olarak sonlandırılmasına kadar bu bünyede devam etti. Amerika'da yaşanan bu olay aslında birçok yerde siyasetin bilimin önüne geçtiği sevimsiz bir olay olarak hatırlanır. Uzun süre faaliyette bulunan ve 21'in üzerinde rapor yayımlayan bu birim, bir siyasinin kitabında "zaten diğer kamu birimlerinde yapılan işlerin tekrarı ve gereksiz israf" olarak nitelendirilmesini takiben kapatılmış, ancak STD açısından Amerikan tarihinde bir talihsizlik olarak yerini almıştır (2). Amerika'da böyle vahim şekilde sonlandırıldığı ve aslında uzun vadede Amerikan sağlık sisteminde birçok kayba yol açtığı halde, bu birimin çalışmaları daha sonra Kanada ve Avrupa'da gelişecek STD yapılanmalarına ışık tutacak, örnek alınacak ve Amerika'da bu işi başlatan Banta Hollanda'ya bizzat giderek bu işi önce Avrupa daha sonra da gelişmekte olan ülkelere taşıyacaktır.

Amerikan STD tarihindeki bu dalgalanmalara rağmen günümüzde tekrar STD çalışmaları canlanmaktadır ve sağlık politikası kararlarında kanıt temellerini güçlendirmeye yönelik politika ve siyasi arzuda da artış görülmektedir (7).

1980'lerde ve 1990'larda gerek kamu ve ilişkili kurumlarda, gerek akademide, gerekse özel sektör ve hastanelerde STD ve STD ilişkili araştırmalar için ciddi emek ve bütçe ayrılmıştır. Ancak faaliyetler farklı yerlerde farklı düzeylerde devam etmiş, belli kazanımlar elde edilmiş ancak net bir fayda kazanılamamıştır. Bunda Amerikan sağlık sistemindeki parçalı yapı ve genel bir sağlık sigorta yapısının olmaması büyük rol oynamıştır. Özellikle kamudaki çalışmalarda başarı kazanılamaması dikkat çekicidir. Özel sektör bu alanda daha başarılı kabul edilebilir. Kamuda başarı elde edilememesindeki ana sebepler şöyle sıralanabilir: Teknoloji sektöründe doğan, bu çalışmaların inovatif teknolojileri sekteye uğratacağı kaygısı; profesyonellerin tıbbi otonomiyi yitireceği korkusu; hastaların son teknolojilere ulaşamama endişeleri ve maliyet analizlerini içermesinden dolayı kamunun tasarruf amacıyla bunları yapabileceği ve bu yöndeki güvensizlik. Kamuda bu endişelerle mücadele edilirken ve STD parçalı yapı içinde kendine bir yer bulmaya çalışırken, özel sektör

Amerikan STD tarihindeki bu dalgalanmalara rağmen günümüzde tekrar STD çalışmaları canlanmaktadır ve sağlık politikası kararlarında kanıt temellerini güçlendirmeye yönelik politika ve siyasi arzuda da artış görülmektedir.

sağlık ekonomisi ve sağlık politikaları departmanları bünyesinde kendini kamudaki bu gelişmelere karşı hazırlamakta ve kendini kamudan büyük bir hızla yetiştirmektedir. Aynı şekilde özel sigorta şirketleri ve hastanelerde de güzel çalışmalar yapılmıştır. Akademide ise eş zamanlı olarak çalışmaların yürütüldüğü enstitü ve bölümlerde artış görülmektedir (7).

Aslında 1980'lerde geri ödeme kararlarında STD kullanımı tartışmalarına başlanmış ve bu yönde birtakım gelişmeler de yaşanmıştır. Ancak ABD'de bu süre içinde yapılan faydalı birçok çalışma olmasına karşın 2000'lere kadar tüm çalışmalar dağınık ve parçalı yapı içinde kısmen kaybolmuş, sağlam temelli bir politika belirlenememiştir.

2000'lerde eksiklikler hızla fark edilmiş, ancak tartışmalar STD'den ziyade göreceli etkililik araştırmalarına yönelmiştir (göreceli etkililik araştırmalarında teknolojilerin birbirlerine kıyasla etkililiklerine bakılmakta ve bu araştırmalar her zaman STD'yi içermeyebilmektedir). 2008'de Obama ile yeni bir dönem başlamış ve göreceli etkililik çalışmaları için federal hükümet 1,1 milyar dolar bir bütçe ayırmıştır. Bu bütçe artık ABD'nin bu işi ne derece öncelikli ele aldığının göstergesi kabul edilebilir. Ancak bu bütçenin kullanımı ve sonuçlarını bizim görmek ve değerlendirmemiz zaman alacaktır.

İngiltere

İngiltere'de STD gelişim süreci ve şu anki uygulamaların çok detaylı olarak incelenmesi Türkiye için oldukça yararlı görünmektedir. İngiltere otoriteleri ve birçok İngiliz akademisyen yapılan klinik ve maliyet-etkililik çalışmalarının pratik uygulamaları yeterince değiştirmediğinden yakınmakta ve birçok alanın gelişmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Ancak İngiltere mevcut durumuyla STD alanını en iyi kullanan ve politik kararlara bilimsel gelişmeleri en iyi aktarabilen ülke konumundadır ve bu nedenle de aslında İngiltere'deki STD kurum ve kişilerinin etkisi kendi ülkelerinin dışına taşmakta ve birçok ülke İngiltere'de hazırlanan STD raporlarını yakından takip etmekte ve kullanmaktadır (8).

İngiltere Ulusal Sağlık Hizmeti, kapsamlı bir sağlık sistemi olarak tanınmaktadır ve hastanelerin birçoğuna sahiptir. Ancak sağlık hizmetlerinin gerçek yönetimi hiyerarşik olarak daha aşağı düzeylerde bir görev olup üst düzeyler koordinasyon ve politika belirleyicilik fonksiyonunu üstlenir (9).

Sağlık teknolojileri üzerinde çok uzun süredir devam eden bir kontrol mekanizması vardır. Bunlar şöyle sıralanabilir: teknolojiyi belli bir düzeye kanalize eden bölgesel sağlık sistemi; genel pratisyenlerden uzmanlara sevk zincirinin zorunlu olduğu sistem nedeniyle daha özellikli teknolojiyi kısıtlama özelliği; ilaçların etkinliği, güvenliği ve fiyatlarının düzenlenmesi ve tıbbi cihazların etkinliği ve güvenliği hususunda merkezi kontrol (10).

Aslında 1980'lerde geri ödeme kararlarında STD kullanımı tartışmalarına başlanmış ve bu yönde birtakım gelişmeler de yaşanmıştır. Ancak ABD'de bu süre içinde yapılan faydalı birçok çalışma olmasına karşın 2000'lere kadar tüm çalışmalar dağınık ve parçalı yapı içinde kısmen kaybolmuş, sağlam temelli bir politika belirlenememiştir.





İngiliz sağlık hizmetlerinin etkililiği ve özellikle de maliyetleri 1970'lerde oldukça ilgi çekmiştir. Aslında aynı dönemlerde sağlık hizmetlerinin etkililiğine dair bazı çalışmalar yürüse de akademik departmanların çok fazla önceliğini oluşturmuyordu. O zamanki tartışmalar, bu çalışmaların özellikle sağlık ve sosyal güvenlik yapısı içinde teşvik edilmesi yönündeydi.

1970 ve 1980'lerde sağlık teknolojilerinin etkililikleri kadar maliyetleri ile de ilgili kaygılar arttı. İngiltere'deki cerrahi operasyonların % 5'inin gereksiz yapıldığı ve koroner anjiografilerin % 20'sinin uygunsuz endikasyonlarda yapılıyor olduğu tahmin edildi. Bu rakamların oluşturduğu hasta güvenliğine yönelik kaygıların yanı sıra, bazılarına göre, İngiltere'deki sağlık harcamalarının % 20'si sadece gereksiz uygulamalar ortadan kaldırıldığında kalkacaktı (11). Aslında bu tartışmaların olduğu dönemde STD benzeri çalışmalar yapılmaktaydı, ancak sorun çalışmaların sadece araştırma amaçlı yapılması ve politikayı değiştirmeye yönelik olmamasıydı. Yine endüstride, üniversitelerde, tıp merkezlerinde ve Sağlık Bakanlığı'nda STD çalışmaları yürütülmekteydi. Çalışmaların etkili ve güvenli bir sağlık sistemine yönelik yapılmaması tespitinden hareketle, ilk kez 1991'de Ulusal Sağlık Sistemi içinde Araştırma ve Geliştirme Birimi yapılandırıldı. Bu yapılanma ile Ulusal Sağlık Sistemi artık yeni teknolojinin pasif alıcısı konumundan çıkıp, güçlü bir araştırma altyapısı olan ve kendi ihtiyaçlarını dikkatlice inceleme becerisine sahip, bilgiye dayalı bir sağlık hizmeti halini aldı. Kanıta dayalı klinik uygulamalar, rehberler, performans ölçütleri ve uygulama stratejileri geliştirildi ve şiddetle teşvik edildi (8).

Başlangıçta büyük ölçüde orijinal çalışmaları ve temelde klinik araştırmaları destekleyen bu Ar-Ge programı zamanla sağlık teknolojileri üzerinde bilgi toplayan ve politika yönelimli raporlar hazırlayan bir yapıya dönüştü. Sonuçların uygun şekilde kullanılması ve gereksiz tekrarları önlemek için STD tipi araştırmaları koordine etti.

Başlangıçta büyük ölçüde orijinal çalışmaları ve temelde klinik araştırmaları destekleyen bu Ar-Ge programı zamanla sağlık teknolojileri üzerinde bilgi toplayan ve politika yönelimli raporlar hazırlayan bir yapıya dönüştü. Sonuçların uygun şekilde kullanılması ve gereksiz tekrarları önlemek için STD tipi araştırmaları koordine etti.

Ar-Ge programı için 2000 yıllında 80 kişi görevlendirildi ve 75 milyon pound bütçe ayrıldı. Ar-Ge programı, kendisi STD çalışmalarını bizzat yürütmek yerine üniversitelerdeki kapasiteyi kullandı. Programın amacı daha çok Ulusal Sağlık Sistemindeki öncelikleri belirlemek ve ihtiyaçlara uygun olan STD hizmetini satın almaktı.

Ar-Ge programı, 1992'de kontrollü klinik araştırmaların sistematik derlemelerini yürütmek ve koordine etmek üzere Birleşik Krallık Cochrane Merkezi'ni kurdu.

Ar-Ge programı ile oluşturulan kanıtlar büyük miktarlara ulaştığı halde halen bu kanıtların pratiği etkilemesi hususunda sıkıntılar olduğu tespit edildi. Teknolojilerin etkililiği ve maliyet-etkililiğine yönelik çalışmaların yokluğu veya bu çalışmalara dikkatin çekilmemiş olması bölgeler arası farklara ve bazı yüksek teknolojilerin birtakım bölgelerde fazla miktarda kullanılırken bazı bölgelerde hiç kullanılmaması sorununa yol açtı. Bu gibi nedenlerle 1999'da NICE (National Institute of Health and Clinical Excellence / Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü) kuruldu. NICE kendi içinde farklı alanlara odaklandı. Halk Sağlığı Merkezi iyi sağlığın gelişimi ve kötü sağlığın önlenmesi için halk sağlığı rehberliği geliştirmektedir. Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Merkezi teknolojik değerlendirmeleri yapar. Teknolojik değerlendirmeler yeni veya mevcut ilaçların ve tedavilerin kullanılması hususunda Ulusal Sağlık Sistemi'ne önerilerde bulunur. Klinik Uygulamalar Merkezi ise tanı tedavi rehberleri oluşturur. NICE rehberlerini ve önerilerini hazırlarken profesyonel meslek örgütlerinden de yararlanır.

NICE 10 yılı geçen yaşam süresi zarfında kaliteli ve şeffaf, standart metodolojisi olan, paydaşların katılımını teşvik eden, İngilizce yayımlanan ve internet sitesinden ücretsiz olarak herkes tarafından ulaşılabilen rehberleri ile birçok

ülke kamu ve akademik camiasında güven uyandırmıştır. Raporlar sadece kendi ülkelerinde değil birçok ülkede yakından takip edilmektedir. Ancak her ülke gibi İngiltere'de de raporlar eleştirilmekte ve özellikle pratiği yeterince etkilemediği öne sürülmektedir (12). Buxton aslında sadece İngiltere için değil diğer tüm ülkeleri de etkileyecek şekilde şöyle demiştir: "Maliyet etkili olmayan teknolojilere yatırımların kesilmesi, maliyet etkili olan yeni müdahalelerin uygulanması için bütçe hazırlayacaktır. NICE bu maliyet etkili olmayan teknolojileri bulmak zorundadır ve Ulusal Sağlık Sisteminin ihtiyaç duyduğu ise yatırımları neden durdurduğunu halka doğru şekilde iletecek politik iradedir."

Malezya

Malezya hızla kalkınan ve teknoloji firmalarının da yakından takip ettiği incelemeye değer bir ülkedir. Malezya STD çalışmaları kalkınmakta olan ülkeler içinde belki en eski ve en iyi yapılanmış ülke olarak kabul edilebilir. Malezya'daki başarı işin doğrusu kısmen bu işi tek başına başlatan ve başlangıçta "tek adamlık birim" diye adlandırılan STD biriminin kurucusu Dr. Sivalal'a atfedilse de, ardında duran ve tam destek veren sağlık bakanının ve zaman içinde Sivalal'a ciddi destek veren klinisyenlerin başarısı da göz ardı edilmemelidir.

Malezya'da STD çalışmalarının erken başlamasında belki biraz da 1957'ye kadar bağımlı oldukları İngiliz gücünden onlara miras kalan kanunlar, yönetim ve hukuk sistemi de sorumlu olabilir. Malezya'da STD birçok gelişmiş ülkeden daha önce başlamış ve sağlam bir sürece girmiştir. 1990'larda ekonomik kriz sonrası bu alana ilgi artmış ve Sivalal Sağlık Bakanı tarafından STD kurmak ve diğer ülkelerdeki durumu incelemek üzere görevlendirilmiştir. 1995'te tek kişi olarak STD birimi kurulur, ancak hızla ekip oluşarak ve klinisyen gücünden de yararlanılarak günümüze kadar 43 derinlemesine değerlendirme ve 140 hızlı değerlendirme yapılmış ve bunların birçoğu Malezya sağlık politikasına belirgin yön vermiştir (13).

Malezya'da STD yapılanması tüm STD sürecini gözden geçiren, STD için öncelikleri belirleyen, yapılan STD'leri onaylayan ve yayılma ve uygulama aktivitelerini gözden geçiren bir STD Konseyi; konseye destek olmak üzere kurulan bir teknik danışman komitesi ve bizzat STD'leri yapan uzman komitelerinden oluşmaktadır. Önceleri tanı tedavi rehberleri farklı yapılanmalar içinde, çoğu zaman da uygun metodolojiden uzak, konsensüse dayalı olarak üretiliyorken, 2001 yılında sorumluluk STD birimine verildi. Malezya STD ekibi Hindistan, Endonezya, İran ve Filipinler dahil birçok ülkeye danışmanlık ve eğitim hizmetleri götürdü, ülkesinde uluslararası katılımlı STD eğitimleri ve birçok bölgesel ağırlıklı toplantı düzenledi (13).

Malezya'daki STD programı genel hatlarıyla çok başarılı kabul edilebilmesine karşın, en önemli zorluklarından birisi personelde sürekliliği sağlayamaması olmuştur. Başlangıçta olan anahtar roldeki kişilerin çoğu artık ayrılmıştır ve yeni başlayan kişilerin yetişmesi de zaman alacaktır. Hâlâ sağlık politikacılarının, sağlık personelinin ve halkın genel farkındalık eksikliğinden söz edilebilir (13). Ancak kendilerinin bahsettikleri tüm bu eksikliklere karşın Malezya hızla kalkınmakta olan ve STD'yi politik karar süreçlerine entegre etmeyi başarabilmiş bir ülke olarak Türkiye için değerli bir örnektir.

Türkiye'de sağlık finansmanı, sağlık harcamalarının mevcut durumu, artış trendleri, tarihçe vb. hususlarda birçok yayına rastlamamız mümkündür. Bu makalede hedefimiz bunları tartışmak olmadığı için bu hususlardan bahsedilmemiştir. Ancak klasik bir bilgi olarak, ihtiyaçların sonsuz oluşu ve kaynakların yetersiz oluşundan hareketle, ülkemizde de mevcut kaynakları daha akılcı olarak kullanma konusunda son yıllarda kaygılar artmış ve buna yönelik girişimler de hız kazanmıştır.

TÜRKİYE'DE KAYNAKLARIN ETKİN KULLANIMI KAYGISI VE STD'NİN ARTAN ÖNEMİ

Türkiye'de sağlık finansmanı, sağlık harcamalarının mevcut durumu, artış trendleri, tarihçe vb. hususlarda birçok yayına rastlamamız mümkündür. Bu makalede hedefimiz bunları tartışmak olmadığı için bu hususlardan bahsedilmemiştir. Ancak klasik bir bilgi olarak, ihtiyaçların sonsuz oluşu ve kaynakların yetersiz oluşundan hareketle, ülkemizde de mevcut kaynakları daha akılcı olarak kullanma konusunda son yıllarda kaygılar artmış ve buna yönelik girişimler de hız kazanmıştır. Özellikle sağlık alanında harcamaların hızla arttığı ülkemizde "acaba bu harcamaların karşılığında hakikaten yeterince hizmet alabiliyor muyuz, yoksa kaynakları daha verimli kullanabilir miydik/kullanabilir miyiz?" sorusu daha sıklıkla sorulmaktadır.

Ülkemizde sağlık teknolojilerine yönelik politikalar belirlenirken öncelikli olarak teknolojilerin etkili ve güvenli olduğundan emin olunması gerekmektedir. Ayrıca kullanımından doğabilecek her türlü olumlu ve olumsuz durumun takip edilebilir olması; bu teknolojiler ile ilişkili etik, hukuki ve sosyal mevzuların tespit ve çözümü; hizmetlerin sürdürülebilir ve karşılanabilir olması için maliyet etkililiğinin ortaya konması gerekmektedir.

2000'li yıllar, Türkiye'de özellikle farmakoekonomi tartışmalarının hız kazandığı bir dönem olarak kabul edilebilir. Gerek kamu, gerek akademi, gerekse sivil toplum kuruluşları tarafından dönem dönem farmakoekonomi eğitimleri verildiği ve bu alanda kongre ve konferanslarda konuşma yapıldığı gözlenmektedir.

Teknolojileri ilaçlar, tıbbi cihazlar, tıbbi ve cerrahi prosedürler ve destek sistemler olarak düşünürsek, bu teknolojiler içinde etkililik ve güvenlilik anlamında en iyi düzenlenen unsurlar ilaçlar gibi görünmektedir. Cihazlar "CE" belgesi olmak koşuluyla serbest dolaşımdan yararlanabilmektedir ve diğer teknolojilere ilişkin belirgin bir düzenleme yoktur. İlaçlarda süreçler daha net olduğu için, bunlar incelendiğinde STD'nin yeri ve önemi daha net anlaşılabilir.



İlaçlar, Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü bünyesinde etkililikleri, güvenlilikleri ve kaliteleri hususunda hassas bir değerlendirme sürecinden geçmekte ve daha sonra ruhsatlandırılmaktadırlar. Ruhsat almaları halinde ülkemizde kullanılabilmekte, ancak Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından geri ödemeleri için SGK içinde ayrı bir süreçten geçmeleri gerekmektedir. Son 10 yıla kadar aslında Türkiye'de geri ödeme için kapsamlı bir değerlendirme sürecinden bahsetmek mümkün değildir. Emekli Sandığı, Bağkur ve SSK gibi farklı sigorta kapsamları bulunmakla birlikte, aslında otomatik ödeme diyebileceğimiz, neredeyse tüm ilaçların ruhsat alması halinde geri ödendiği bir sistem söz konusuydu. Ancak Genel Sağlık Sigortası yönünde çalışmaların hızlanması, bu kurumların birleşmesi, artan sağlık harcamaları ve bunlar içinde ilaç harcamalarının payı dikkat çekmeye başlayınca artık her ilacın geri ödeme kapsamına alınmasının uygun olmayacağı ve bu yönde düzenlemeler yapılması ihtiyacı hissedildi. Bazı ilaçların liste dışına çıkarıldığı, yeni ruhsatlanan bazı ilaçların ise geri ödeme kapsamına alınmadığı bir dönem başladı. Bu düzenlemeler yapılırken ise gerek ilaç endüstrisinde gerekse sağlık profesyonelleri camiasında birtakım kaygılar başladı. İlaç endüstrisi geçmiş yatırımlarında sadece ruhsat aşamasını aştıktan sonra pazarlama kaygısı taşırken, bir de geri ödeme basamağı eklendi buna. Ancak geri ödeme süreci için kriterler de belirsizlik taşıyordu. Yine sağlık profesyonelleri daha önceden reçetelerini istedikleri gibi düzenlerken artık onlara bazı ilaçları yazamayacakları, daha doğrusu yazsalar da geri ödemeleri alamayacakları söylenmeye başlandı. Ancak sağlık profesyonellerinde de bu kararların nasıl alındığı ve otonomilerine hangi nedenle müdahale edildiği konusunda kaygılar ve sürece dair de şüpheler vardı. Özellikle sağlık profesyonelleri tarafından alınan kararlarda mutlaka bilimsel temellerin esas alınması gerektiği vurgulandı. Endüstri ise belirsizlikten oldukça rahatsızdı. Elbette bu durumda, sağlık politikacıları da sürece netlik kazandırabilmek, bilimsel temelleri sağlam, kanıta dayalı kararlar alabilmek ve aldıkları kararların ardında durabilmek istiyorlardı. Tüm bunlara çözüm olarak birçok kişi tarafından farmakoekonominin gelişmesi önerildi.

2000'li yıllar, Türkiye'de özellikle farmakoekonomi tartışmalarının hız kazandığı bir dönem olarak kabul edilebilir. Gerek kamu, gerek akademi, gerekse sivil toplum kuruluşları tarafından dönem dönem farmakoekonomi eğitimleri verildiği ve bu alanda kongre ve konferanslarda konuşma yapıldığı

gözlenmektedir. Geri ödemede de değişikliklerin yapıldığı ve artık bu sürecin kontrol altına alınma çabalarının hız kazandığı dönemde artan farmakoekonomi tartışmaları ile politika belirleyiciler bilimsel temellere dayalı kararlar almaları gerektiğinin farkına vardılar. 2007 sonu ve 2008 başında uygulamaya geçen yeni geri ödeme dosya başvurularında, ilaç endüstrisinden farmakoekonomik analiz istenmeye başladı. Bu karar, Türkiye için kanıta dayalı sağlık politikasında bir dönüm noktası kabul edilebilir. Ancak diğer ülkelere bakıldığında ülkemizin geç kaldığı da açıkça görülmektedir.

Bu aşamada kavramlardaki yanlış anlamaları da vurgulamak gerekir. Yukarıda bahsi geçen ve zorunlu tutulan farmakoekonomik analiz elbette çok önemli bir değişimdir, ancak kamu tarafında aslen vurgulanması gereken STD'nin gelişimi ve uygulamalara aktarılmasıdır. Türkiye'de maalesef farmakoekonomi ve sağlık teknolojilerinin değerlendirmeleri, hatta bazen akademisyenler ve kamu çalışanları tarafından bile, birbirlerinin yerine kullanılmaktadır. Ancak her yeni dönemde olduğu gibi bazı çalışmaları yeni yapılandırırken kavramları da net biçimde yerine oturtmakta fayda vardır. Bir farmakoekonomik analiz politikaya da yön verebilir, ancak sadece bilimsel amaçla da yürütülebilir. Biz STD'den bahsederken hedefimiz aslında çok daha farklıdır. STD ile biz mutlaka politik değişimi hedefleriz. STD'de sadece ilaçlar değil tüm teknolojiler ele alınabilir. Sadece tıbbi ve ekonomik değerlendirmeler değil, etik, sosyal ve hukuki değerlendirmeler de yapılır ve belli bir sağlık politikası kararına destek olmak üzere hazırlanır. En önemlisi ise, STD politik bir ihtiyaca karşılık olarak hazırlanır ve bu nedenle de politikacı genel olarak kendi yönelttiği soruya cevaben hazırlanan STD raporu sonuçlarını uygulamaya göreceli olarak daha hazırdır.

GELECEĞE YANSIMALAR

Son birkaç yıl içinde Türkiye'de STD alanında farkındalık gelişmeye başlamış ve bu alanda toplantılar ve eğitimler de düzenlenmeye başlanmıştır. STD farkındalığı halen yeterli seviyeye ulaşmamıştır ve öncelikli olarak STD'nin gerçek anlam ve hedefi net olarak anlaşılarak farkındalığın artması hedeflenmelidir. STD yapılanmasında en büyük tehlikelerden biri yanlış anlam yüklenerek yapılabilecek çalışmalar olacaktır. O nedenle öncelikli hedefin politik değişim olduğu ancak STD'nin de sağlam bilimsel temele dayalı olması gerektiğini ve kökeninin bilim olduğunu unutmamak gerekir. Sadece bilimsel gerçekleri değil, politik dinamizmi de yansıtacak bir çalışmadır STD.

Son birkaç yıl içinde Türkiye'de STD alanında farkındalık gelişmeye başlamış ve bu alanda toplantılar ve eğitimler de düzenlenmeye başlanmıştır. STD farkındalığı halen yeterli seviyeye ulaşmamıştır ve öncelikli olarak STD'nin gerçek anlam ve hedefi net olarak anlaşılarak farkındalığın artması hedeflenmelidir. STD yapılanmasında en büyük tehlikelerden biri yanlış anlam yüklenerek yapılabilecek çalışmalar olacaktır. O nedenle öncelikli hedefin politik değişim olduğu ancak STD'nin de sağlam bilimsel temele dayalı olması gerektiğini ve kökeninin bilim olduğunu unutmamak gerekir. Sadece bilimsel gerçekleri değil, politik dinamizmi de yansıtacak bir çalışmadır STD.





STD, multidisipliner bir ekip çalışması gerektirir. Ülkemizde kanıta dayalı sağlık politikasına ve dolayısıyla halkımızın en güncel bilimsel kanıtlara dayanan sağlık hizmeti almasına yardımcı olacak bir araç olan STD mutlaka geliştirilmelidir, ancak gelişimin geniş ekip ve işbirliği gerektirdiği gerçeği unutulmamalıdır. Farklı kamu kurum ve kuruluşları; aynı kurumun farklı departmanları; farklı sağlık profesyonelleri; üniversiteler; endüstri ve hasta temsilcileri ile sivil toplum kuruluşları STD sürecine dahil edilmeli ve mümkün olduğu kadar paydaş katılımıyla, ancak sağlam bilimsel metodolojiden de ödün vermeden uygulanmalıdır. Böylesi bir ekip çalışmasında ise kısır tartışmalara yer yoktur. Bazı gelişmekte olan ülkelerde çalışmaların başladığı ilk dönemlerde, bazı kişi veya örgütlerin konuyu kendi tekellerinde tutma ve yönlendirme çabası, ilk başlatan veya tek uygulayan olma arzusu STD gelişimine büyük darbe vurmuş; bazı ülkelerde maalesef bu nedenle çalışmalar durmuş veya oldukça gecikmiştir. Ülkemizde böyle bir olumsuzluk yaşanmaması için kişilerin özveriyle ve ekip ruhu içinde çalışmaları esastır.

Sağlık profesyonelleri sürece seyirci kalmak veya dışarıdan müdahale etmek yerine sürece bizzat katılma konusunda gönüllü olmalı ve bilimsel katkı vermelidir. Politik yapı da onları sürece katacak şekilde yapılandırılmalıdır.

Söz konusu teknolojileri üreten firmalar için STD yeni bir kavram ve belki ilk etapta pazara girmeleri için önlerinde önemli ve zor bir engel olarak görülebilir. Ancak tüm dünyada gelişen bu sürece ülkemizde de girilmektedir. Sektörün gelişmeleri yakından takip etmesi ve kendi içinde de bu alana hazırlanması gerekmektedir. Halka sunacağımız teknolojik gelişmeler muhakkak etkililik, güvenlilik ve maliyet etkililik yönlerinden gözden geçirilmeli ve kullanımlarından doğabilecek her türlü sosyal ve etik mevzular da irdelenmelidir. Hepimizin sağlığı ve etkin kaynak kullanımı için bu gerekmektedir. Sürecin net kritere dayalı olarak yürümesi, öngörülebilir olması ve bilimsel temellere dayalı olması, endüstri açısından, belirsizliklerle dolu ve net kriterleri olmayan bir karar sürecinden çok daha kabul edilebilir olacaktır.

Sağlık profesyonelleri sürece seyirci kalmak veya dışarıdan müdahale etmek yerine sürece bizzat katılma konusunda gönüllü olmalı ve bilimsel katkı vermelidir. Politik yapı da onları sürece katacak şekilde yapılandırılmalıdır.

Asıl görev ise sağlık politikacılarına düşmektedir. Sağlık politikacısı sağlık teknolojilerine ilişkin kararlar alırken mutlaka bilimsel sağlam kanıtlardan haberdar olmalı, bunların sistematik olarak önüne konmasını talep etmeli, bu süreci yürütecek insan gücünün yetişmesi için çaba sarfetmelidir. Sağlık politikacısı mutlaka paydaşlarla hareket etmeli, karar sürecine sağlık profesyonelleri, sivil toplum kuruluşları ve hasta temsilcilerini katarak onların sesini duyurmasına imkân tanırken endüstrinin de kaygılarına kulak vermeli, onları da karar sürecine dahil etmeli; aslında tartıştığımız tüm bu teknolojilerin onlar tarafından üretildiği gerçeğine gözünü kapamamalıdır. Ama her şeyden önce STD uygulamalarını teşvik için politik iradeye sahip olmalı ve bu alanda katkı verecek her paydaşı bir araya getirmelidir. Ülkemizin bu alanda önü ancak bu şekilde açılabilecektir.

Asıl görev ise sağlık politikacılarına düşmektedir. Sağlık politikacısı sağlık teknolojilerine ilişkin kararlar alırken mutlaka bilimsel sağlam kanıtlardan haberdar olmalı, bunların sistematik olarak önüne konmasını talep etmeli, bu süreci yürütecek insan gücünün yetişmesi için çaba sarfetmelidir. Sağlık politikacısı mutlaka paydaşlarla hareket etmeli, karar sürecine sağlık profesyonelleri, sivil toplum kuruluşları ve hasta temsilcilerini katarak onların sesini duyurmasına imkân tanırken endüstrinin de kaygılarına kulak vermeli, onları da karar sürecine dahil etmeli; aslında tartıştığımız tüm bu teknolojilerin onlar tarafından üretildiği gerçeğine gözünü kapamamalıdır.

NOTLAR:

1. Wikipedia. "Teknoloji" maddesi (erişim 2010).

2. Banta, D. "What is Technology Assessment?" International Journal of Technology Assessment in Health Care, 25: supplement 1 (2009), 7-9.

3. Arnstein, S. Technology Assessment: Opportunities and Obstacles", IEEE Trans Syst Man Cybern. 1977; SMC-7: 571-583.

4. Coates, J. Technology Assessment In: Teich A, ed. Technology and man's future", New York: St. Martin's Press; 1977: 189-203

5. Coates, J. Technology assessment: The benefits…the costs…the consequences. Futurist. 1971; 225-231

6. Banta, HD. Werko L, Cranovsky R, et al. Introduction to the EUR-ASSESS report. Int J Technol Assess Health Care. 1997; 13: 133-143.

7. Luce, B. Cohen RS. Health technology assessment in the United States. Int J Technol Assess Health Care, 25: supplement 1 (2009), 33-41.

8. Drummond, M., Banta, D. Health technology assessment in the United Kingdom. Int J Technol Assess Health Care, 25: supplement 1 (2009), 178-181.

9. Stocking, B. The management of medical technology in the United Kingdom. In: Office of Technology Assessment, The implications of cost-effectiveness analysis of medical technology. Background paper no. 4. The management of health care technology in ten countries. Washington, DC: US Government Printing Office; 1980:11-24.

10. Spiby, J. Health care technology in the United Kingdom. In: Office of Technology Assessment. Health care technology and its assessment in eight countries. Washington, DC: US Government Printing Office; 1995: 241-274.

11. Woolf, S., Henshall C. Health technology assessment in the United Kingdom. Int J Technol Assess Health Care. 2000; 16: 591-625.

12. Sheldon, TA., Culllum, N., Dawson, D., et al. What's the evidence that NICE guidance has been implemented? Results from a national evaluation using time series analysis, audit of patients' notes, and interviews. Br Med J. 2004; 329: 999-1003.

13. Sivalal, S. Health technology assessment in Malaysia. Int J Technol Assess Health Care, 25: supplement 1 (2009), 224-230.





Türkiye'de Sağlık Teknolojilerinin Kullanımı ve Sağlık Sektörünün Sorunları

Mehmet Ali Özkan
MÜSİAD Sağlık Sektör Kurulu Üyesi

Türkiye, geçmiş yıllarda sağlık alanında üstün teknolojiye sahip tıbbi cihazları gelişmiş ülkelerle aynı anda kullanmaya çalışan ve bu konuda başarılı olan nadir ülkelerden biri olmuştur. Fakat Sağlık Bakanlığı'nın 15 Şubat 2008 yönetmeliği ve sonrasında çıkarılan ilave yönetmelikler, Türkiye'de kamu hastanelerinin ve özel hastanelerin son teknolojiye sahip tıbbi cihaz kullanmalarını engeller bir durum yaratmıştır.

Sağlık Bakanlığı'nın uygulamaya koyduğu tıbbi cihaz planlamasına dair yönetmeliğin iyi niyetle çıkarılmış olmasına rağmen, uygulamadaki haliyle özel ve kamu hastanelerinin bundan sonra sağlık alanındaki son gelişen teknolojilerin sağlık merkezlerinde alımına engel olmaktadır. Yönetmelik, özel hastanelerde branş hekimi olmayan hastanelere hekim kontenjanı vermemekte ve tıbbi cihaz alımına da müsaade etmemektedir. Yeni yönetmelik kapsamında özel hastane açılması zorlaştırılarak, özel sektörün sağlık sistemindeki payı adeta dondurulmuştur.

Sağlık Bakanlığı hastanelerine tıbbi cihaz alınabilmesi için hastaneler tarafından yapılacak taleplerin içerikleri zorlaştırılarak, adeta 'cihaz talebinde bulunmayın' anlamına gelen zorlaştırıcı maddeler eklenmiştir. Hastanelerden gelen alım taleplerinin, Bakanlık tarafından yılda bir defa ekim ayında değerlendiriliyor olması da hastanelerin son teknolojiye sahip tıbbi cihazların kullanımının istenmediğini gösteren bir uygulamadır.

Diğer bir kısıtlayıcı durum da Sosyal güvenlik kurumu SGK'nın teşhis ve tedavi fiyatlarındaki fiyat politikası sonucunda özel ve kamu hastanelerinin yeni geliştirilmiş yüksek teknolojiye sahip tıbbi cihazları alacak bütçelere sahip olamamalarıdır. SGK tarafından belirlenen teşhis ve tedavi fiyatları üstün teknolojilerin maliyetlerini karşılamaktan uzaktır.

Bu durum üstün sağlık teknolojileri üretmeyen, teknolojiyi ithal ederek kullanmak zorunda kalan bir ülke için sağlık kalitesinin gelişmesinde son derece tehlikeli bir durumdur.

SGK'nın sağlığa bakışı bütçesel bir yaklaşım olduğundan yeni son teknolojiye sahip sistemlerin kullanımına fırsat vermemektedir. Ülkemizde teşhis ve tedavide yüksek teknolojiye sahip tıbbi cihazları kullanarak modern tıpta en etkin teşhis ve tedavileri gerçekleştirmek isteyen çok sayıda uzman hekim vardır. Tercihleri tamamen insan sağlığı için en iyi tıbbi cihazları kullanmak olan birçok uzman hekim SGK'nın fiyat eksenli politikası nedeniyle kaliteli ürünleri kullanamamaktadır.

Her alanda büyüyen bir Türkiye'nin sağlık alanında büyüyebilmesi ve sağlık turizminde var olabilmesi için özellikle üniversite ve özel hastanelerin hekim eksikliği ve tıbbi teknoloji bakımdan yetersiz olmaması gerekir. Aksi durumda son aylarda ümidini sağlık turizmine bağlamak zorunda kalan özel sağlık kurumları bu pastadan pay alamayarak iflasla karşı karşıya kalacaklardır.

Türkiye'de durum böyle iken dünyanın gelişmiş ülkelerinde, başta ABD ve Avrupa ülkelerinde olmak üzere sağlık kuruluşları gelecekle ilgili politikalarını insan sağlığında modern tıbbın gereği olan kaliteli, etkin teşhis ve tedavi hizmetlerini sunabilmek için bütçelerini bağımsız şekilde yapabilmektedirler. "Her şey insan için" sloganı onların anayasası kabul edilmektedir.

Bütçeleri dahilinde üstün teknolojiye sahip tıbbi cihazları hiçbir yasal engele takılmadan alabilmektedirler. Gelişmiş olan ülkeler tıbbi cihaz teknolojileri üreten ve geliştiren ülkeler olduğundan tıbbi cihaz fiyatları ülkemize göre daha düşük fiyatlarla sağlık kuruluşlarınca temin edilebilmektedir.

Sağlık Bakanlığı'nın uygulamaya koyduğu tıbbi cihaz planlamasına dair yönetmeliğin iyi niyetle çıkarılmış olmasına rağmen, uygulamadaki haliyle özel ve kamu hastanelerinin bundan sonra sağlık alanındaki son gelişen teknolojilerin sağlık merkezlerinde alımına engel olmaktadır. Yönetmelik, özel hastanelerde branş hekimi olmayan hastanelere hekim kontenjanı vermemekte ve tıbbi cihaz alımına da müsaade etmemektedir. Yeni yönetmelik kapsamında özel hastane açılması zorlaştırılarak, özel sektörün sağlık sistemindeki payı adeta dondurulmuştur.

Gelişmiş ülkelerde tıbbi cihazların ortalama yaşı beş (5) yıl kabul edilirken Türkiye de on (10) yıl ve üzeri kabul edilmektedir. Beş yıl üzerindeki tıbbi cihazlarda kalibrasyon problemleri ve teknik servis, yedek parça problemleri nedeniyle tıbbi cihazlarda teknik yetersizlikler ortaya çıkmaktadır.

Gelişmiş ülkeler daima yeni cihazları kullanırken, beş yaşını doldurmuş cihazlarını 2. el olarak gelişmekteki ülkelere satmaktadırlar.

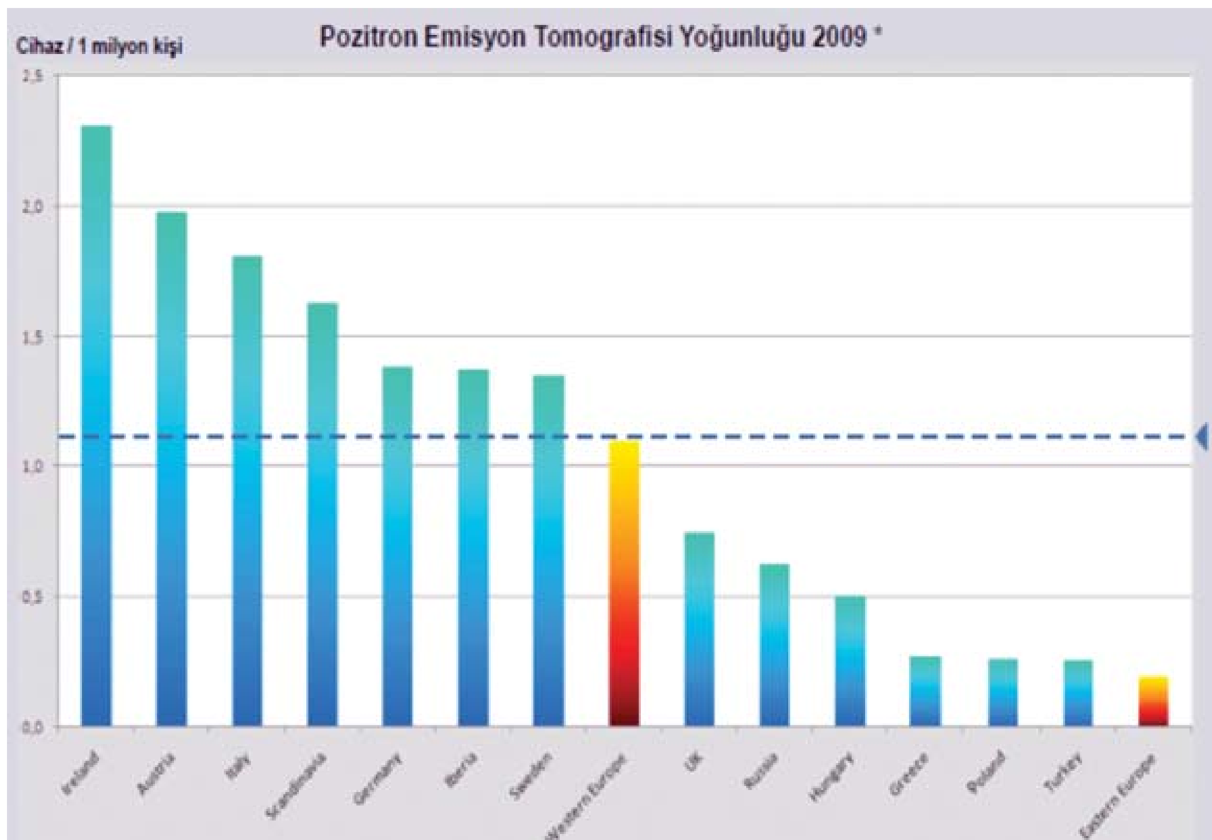
Gelişmiş ülkeler tıbbi cihaz teknolojilerindeki gelişmeleri sağlık sisteminin değişmez bir parçası olarak görmekte, doktor-biyomedikal mühendis-sanayici üçgeninde tıbbi teknolojilerinde ortak Ar-Ge çalışmaları yürütmektedirler. Devletler bu çalışmalara bütçeler ayırarak özel destekler vermektedirler.

Ülkemizde buna benzer çalışmalar olamadığı gibi, hastaneler ithal cihazlara daha çok sempati duymakta, yerli ürünlerin kullanımına karşı defans yapmaktadırlar.

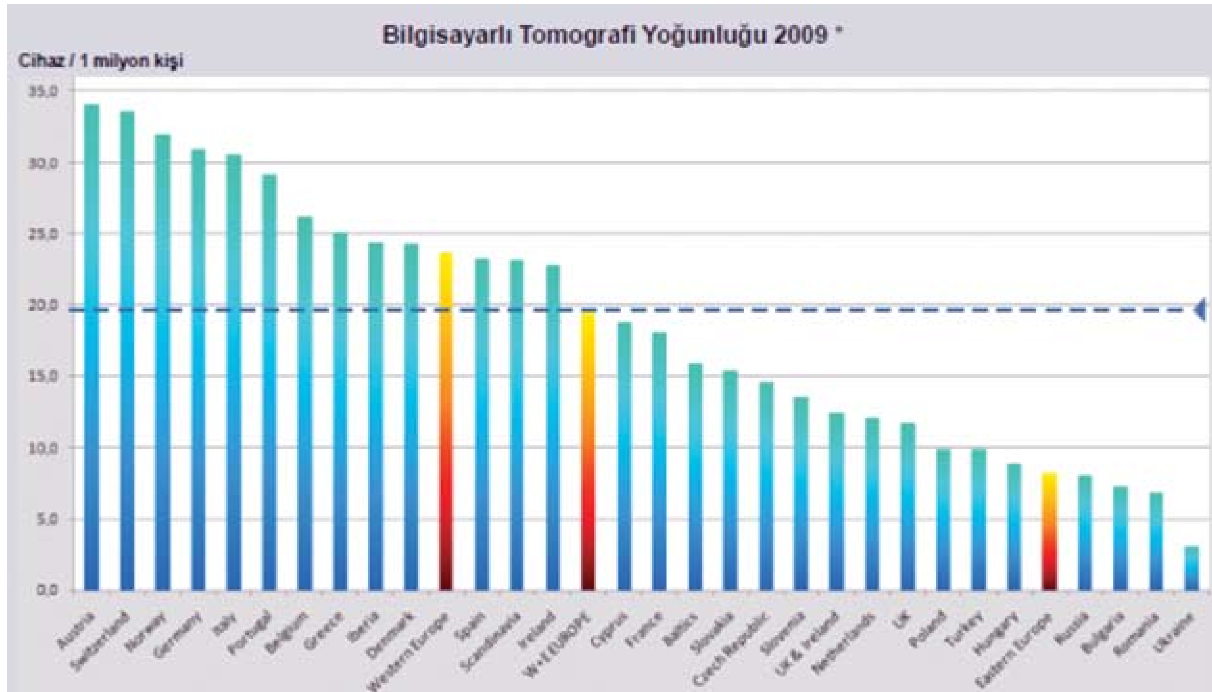
Bazı tıbbi cihazlarda Türkiye ve diğer ülkeler arasındaki istatistiki bilgiler

Yapılması Gerekenler

• SGK'nın modern tıp uygulamalarında teşhis ve tedavide son teknolojilerin kullanımına fırsat veren ve sağlıkta kaliteyi arttırmak adına doğru fiyat politikaları benimsemelidir.



Pozitron Emisyon Tomografisi Avrupa Ortalamaları ile Karşılaştırma



Bilgisayarlı Tomografi Avrupa Ortalamaları ile Karşılaştırma

• Sağlık Bakanlığı'nın özel hastanelerin gelişmesini engeller nitelikteki uygulamalarının son bulması gerekmektedir. Özel hastanelere "özel" statüsünün gereği olan serbest fiyat uygulamalarına fırsat verilmelidir.

• Sağlık Bakanlığı'na bağlı kamu hastanelerinin yeni teknoloji cihaz taleplerinin önündeki zorlaştırıcı engelleri kaldırarak, hastanelere yeni teknolojilerin alınmasına destek vermelidir.

• Özel hastanelerin sağlık turizminden gereken payı alabilmeleri için önlerinde bulunan hekim alım sorunları, tıbbi cihaz alımlarını engelleyen yasakların ortadan kaldırılması gerekir.

• Yeni teknolojiye sahip tıbbi cihazların girdi maliyetlerini düşürmek ve yurtdışına bağımlılığı azaltmak amacıyla Türkiye'de tıbbi cihaz üretilmesi için devlet politikasının ivedilikle geliştirilmesi gerekir.

Tıbbi Cihaz Sektörüne Genel Bir Bakış

Tıbbi cihaz sektörü özellikle gelişmiş ülkelerde nüfusun hızla yaşlanması ve II. Dünya Savaşı sonrasında uygulamaya konulan sosyal devlet anlayışını önemli ölçüde güçlendiren Keynesyen ekonomi politikalarının bir sonucu olarak 20. yüzyılın ortalarından itibaren hızla büyümüştür. Sosyal devlet anlayışı çerçevesinde biçimlenen ve sağlık hizmetlerinden tüm kesimlerin eşit bir biçimde yararlanması için tasarlanan sağlık politikaları sektörün gelişmesinde önemli rol oynamıştır. Yine aynı dönemde gözlemlenen teknolojik gelişmeye dayalı hızlı büyüme, tıbbi cihaz sektöründe disiplinler arası teknolojik bilgi birikimini artırmış ve geliştirilen tanı ve tedavi cihazlarında önceki dönemlere kıyasla teknoloji yoğun bir üretim sürecinin ortaya çıkmasına sebep olmuştur. Teknolojik yeniliklerin tıbbi cihazlara adaptasyonu ile tıbbi cihaz sektöründe söz konusu teknolojilere sahip gelişmiş ülkeler lehine bir tekelleşme yaratmıştır. Bu çerçevede, Türkiye gibi çevre ülkelere tıbbi cihaz sektörü için biçilen rol, düşük teknolojiye dayalı sarf malzeme üretimi ile sınırlı kalmıştır. Tıbbi cihaz sektörünün disiplinler arası yapısı, yani üretim sürecinin çok farklı bilim dallarının bir araya gelmesi sonucu ortaya çıkan bilgi birikimi tarafından yönlendirilmesi, çevre ülkelerin söz konusu sektörde söz sahibi olmasını önemli ölçüde engellemektedir. Ancak, son yıllarda bazı Uzakdoğu

> ***Gelişmiş ülkelerde tıbbi cihazların ortalama yaşı beş (5) yıl kabul edilirken Türkiye de on (10) yıl ve üzeri kabul edilmektedir. Beş yıl üzerindeki tıbbi cihazlarda kalibrasyon problemleri ve teknik servis, yedek parça problemleri nedeniyle tıbbi cihazlarda teknik yetersizlikler ortaya çıkmaktadır.***

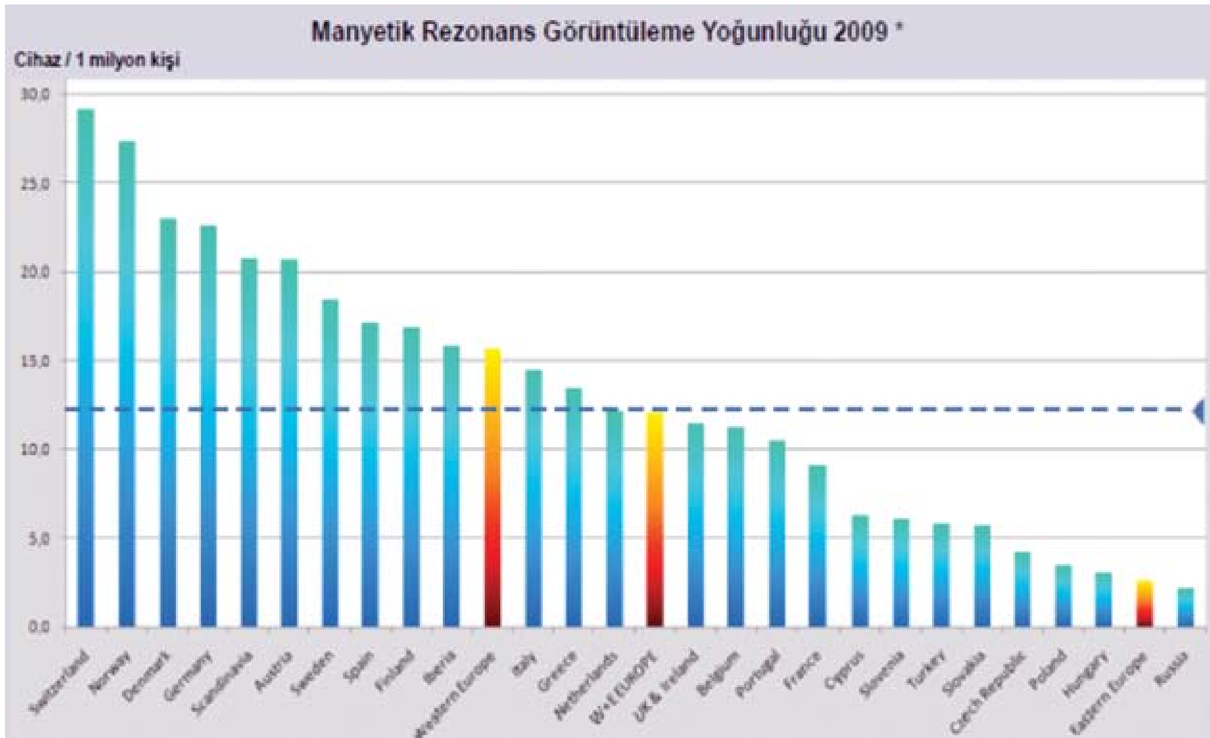
ülkeleri ve Hindistan gibi ülkeler bahse konu çok disiplinli teknolojik gelişmişlik düzeylerine ulaşmış ve emek yoğun süreçten teknoloji yoğun üretim sürecine geçebilmişlerdir. Ne yazık ki ülkemiz bu süreçte, bu ülkelere kıyasla beklenen atılımı gerçekleştirememiş ve bu durumun bir sonucu olarak ileri teknolojiye dayalı tıbbi cihaz sektöründe dünya pazarlarında rekabet edebilecek ürünler geliştirilememiştir.

Dünya'da ve Avrupa'da Tıbbi Cihaz Sektörü

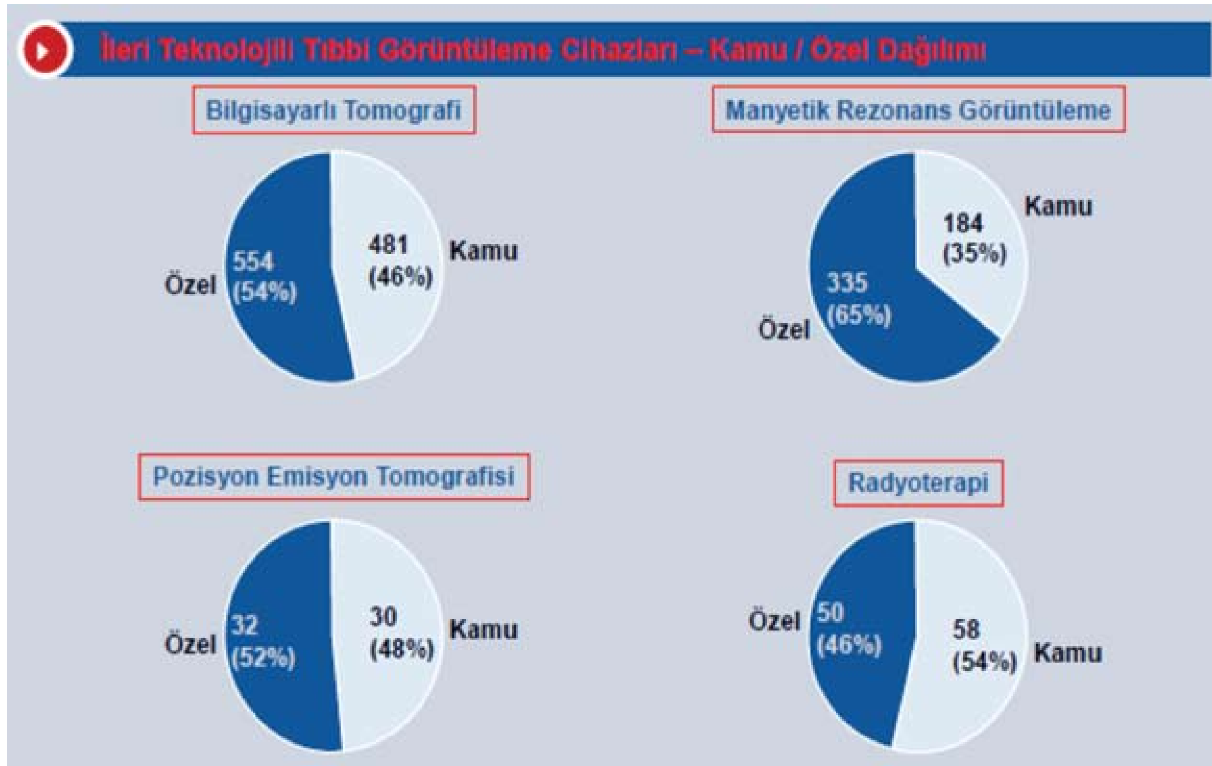
Dünya tıbbi cihazlar sektörünün değeri, 2010 yılı itibariyle 184 milyar avro olarak tahmin edilmektedir. Bir önceki yılın verileri ile karşılaştırıldığında, sektörde % 16'lık bir büyüme gözlemlenmektedir. Dünya tıbbi cihaz üretiminde Amerika Birleşik Devletleri (ABD) % 38-43'lük pay ile diğer birçok alanda olduğu gibi lider konumunu muhafaza etmektedir. Avrupa Birliği ülkeleri % 30-34'lük pay ile tıbbi cihaz üretiminde ikinci sırada yer almaktadır. Avrupa'yı Japonya takip etmektedir.

Avrupa Birliği ülkelerinde tıbbi cihazlar pazarının büyüklüğü 2002 yılında 55,2 milyar avro olarak tahmin edilmektedir. Avrupa pazarındaki en önemli aktör Almanya'dır. Almanya'yı; Fransa, İtalya ve İngiltere takip etmektedir. Almanya ve Fransa, AB tıbbi cihazlar sektörünün yaklaşık % 50'sini ellerinde tutmaktadır. 2004 yılında Birliğe üye olan





Manyetik Rezonans Görüntüleme Avrupa Ortalamaları ile Karşılaştırma



İleri Teknolojili Tıbbi Görüntüleme Cihazları Kamu-Özel Dağılımı

10 ülke, tıbbi cihaz üretiminde Avrupa pazarının % 3,5'ine sahiptir. Bu on ülke arasında Polonya, Çek Cumhuriyeti ve Macaristan öne çıkmaktadır. Tıbbi cihaz sektörü AB sanayisinde % 1,1'lik toplam pay ile önemli bir yere sahiptir.

25 AB ülkesinde istihdamın % 1,2'sini bu sektör sağlamaktadır. Ancak sektörün AB sanayisindeki yerini gösteren bu veriler, ileri teknoloji kimyasal ve biyo-kimya ürünleri ile farmasötik müstahzarları kapsamamaktadır. Bu eksikliğin nedeni dünya çapında ve AB çapında standartlaşmış bir veri toplama sistemi bulunmamasıdır. AB'de tıbbi cihazlar sektörü en çok katma değer yaratan sektörler arasında yer almaktadır.



Oldukça dinamik bir sektör olan tıbbi cihaz sektöründeki büyüme, son yıllarda artan bütçe açıkları sonucu hükümetlerin masraf kısma politikalarından olumsuz etkilenmiştir. Buna rağmen; AB genelinde giderek artan gelir seviyesi, yaşlanan nüfus oranı ve bireylerin hayat kalitelerini artırmaya karşı giderek daha duyarlı olmaya başlamaları, sektörün büyümeye devam etmesini sağlayan en önemli etkenler arasındadır. Büyümenin sınırlandırılmış olmasına rağmen, bu etkenler sayesinde 25 AB üyesi genelinde tıbbi cihaz üretimi 2001 yılında % 12,5, 2002 yılında ise % 7,8 artmıştır.

Rakamlarla Tıbbi Cihaz Sektörü: Türkiye

Tüm önemine rağmen tıbbi cihaz sektörü hakkında güvenilir verilere dayanan bir çalışma bulunmamaktadır. Elimizde bulunan tek veri "Tıbbi Aletler, Hassas ve Optik Aletler ile Saat İmalatı" başlığı altında TÜİK tarafından sağlanan verilerdir. Bu verilerden yola çıkılarak hazırlanan ve Mayıs 2008 tarihinde yayımlanan "Türkiye Sanayine Sektörel Bakış" isimli çalışmanın "Tıbbi Aletler, Hassas ve Optik Aletler ile Saat İmalatı" başlıklı bölümü büyüklük noktasında bize ipucu verebilecek tek çalışmadır. Bu çalışmaya göre ilgili başlık çerçevesinde 2007 yılı itibariyle 3,4 milyar dolarlık dışalıma karşın, yaklaşık 350 milyon dolarlık dışsatım gerçekleştirilmektedir. Yine aynı kaynakta, özel kesimde tıbbi araç ve gereçler, ölçme, kontrol, test seyrüsefer ve benzeri amaçlı

alet ve cihazlar sektörünün bu alt başlığın % 94'ünü oluşturduğu belirtilmektedir. Söz konusu alt başlığın toplam dış ticaret hacmi 3.75 milyar dolar olarak alındığında, basit bir hesapla tıbbi cihaz sektörünün dış ticaret hacminin 3,5 milyar dolar civarında olduğu söylenebilir. Oranlar sabit tutulduğunda dışsatımın dışalımı karşılama oranı ancak % 10 seviyesindedir.

Tıbbi cihaz sektörünün ülkemiz açısından büyüklüğünü kestirme çalışmasının son hamlesi olarak yurtiçi pazar için üretilen tıbbi cihazların dolar cinsinden tahmin edilip toplam dış ticarete eklememiz gerekmektedir. Ancak elimizde bu konuda hiçbir veri bulunmaması dolayısıyla, federasyonumuza üye derneklerimiz aracılığıyla yapmış olduğumuz bilimsel olarak bir veri niteliğinde olmayan çalışma uyarınca, toplam tıbbi cihaz üretiminin % 35'inin yurtdışı pazarlara satıldığı tahmin edilmektedir. Ortaya çıkan tek bilinmeyenli denklemi çözdüğümüzde tıbbi cihaz sektöründe toplam yerli üretimin 1 milyar dolar sınırında olduğu tahmin edilebilir.

Yukarıda yapmış olduğumuz hesaplamadan yola çıkarak, 4,05 milyar dolarlık yurtiçi tıbbi cihaz sektörünün ancak % 19,11'lik bölümünün yerli üretimle karşılandığı sonucuna varabiliriz. Söz konusu oran ve ülkemizin hızla artan tıbbi cihaz ihtiyacı göz önüne alındığında yerli üretimin gelişmesi noktasında önemli bir potansiyel olduğu görülmektedir. Tıbbi cihaz üretimi alanında var olan bu potansiyelin geliştirilebilmesi için kısa vadede sektörün sorunları akılcı bir biçimde çözülmeli ve T.C. Sağlık Bakanlığı'nın öncülüğünde kısa, orta ve uzun vadeyi kapsayacak bir "Tıbbi Cihaz Sektörü Stratejik Planı" ortaya konmalıdır.

TIBBİ CİHAZ SEKTÖRÜNÜN SORUNLARI VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Tıbbi cihaz sektörünün gelişmesi ve ülkemizin jeopolitik konumunun sağladığı olanaklardan faydalanarak çevre ülkelerde hâkim konuma gelmesi için öncelikle iç pazarımızı diğer ülkelere örnek olacak bir biçimde düzenlememiz gerekmektedir. Mevzuattan ve piyasa koşullarından kaynaklanan sorunlar ve çözüm önerilerimiz aşağıda maddeler halinde özetlenmektedir.

Tıbbi cihaz sektörü özellikle gelişmiş ülkelerde nüfusun hızla yaşlanması ve II. Dünya Savaşı sonrasında uygulamaya konulan sosyal devlet anlayışını önemli ölçüde güçlendiren Keynesyen ekonomi politikalarının bir sonucu olarak 20. yüzyılın ortalarından itibaren hızla büyümüştür.



Tıbbi Cihaz Üreticilerinin Sorunları

Ülkemizde tıbbi cihaz üretimi ve buna bağlı olarak ihracatı hızla artmaktadır. Yapılacak yatırımlarla bulunduğu coğrafi bölgenin sağlık merkezi konumuna gelmeyi hedefleyen ülkemiz için sağlıklı bir biçimde işleyen tıbbi cihaz sektörü olmazsa olmaz önceliklerimizden bir tanesi olmalıdır. Ülkemizde tıbbi cihaz üretimini artırma noktasında yapılacak düzenlemelerle ortaya konacak irade, gelecekte Türkiye'yi bölgenin tıbbi cihaz üssü olma statüsüne taşıyacaktır.

Yerli Üretimin Desteklenmesi

Mevzuatta yer almasına rağmen satın alma süreçlerinde yerli üreticileri destekleyecek mekanizmaların devreye sokulamaması yerli üretimin gelişmesinin önünde ciddi bir engel teşkil etmektedir. 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu uyarınca yerli üreticiler lehine % 15'e kadar fiyat avantajı sağlanabilmekte ancak bu hüküm hastaneler tarafından uygulanmamaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanacak bir genelge ile ilgili maddenin uygulanması hususunda hastane yönetimleri uyarılmalıdır.

Diğer birçok gelişmekte olan ülkenin aksine ülkemizde tıbbi cihaz alanında yerli ürünlerin desteklenmesi bir yana, bu

ürünlere şüpheyle bakılmaktadır. Satın alma yetkililerinde ithal ürünler lehine haksız olduğu kadar anlamsız bir eğilim mevcuttur. İlgili mevzuat uyarınca yerli üreticiler akredite olmuş uluslararası kurumlardan alınmış belgelere sahip olmalarına rağmen, hastane yönetimleri yerli ürünlere kalite açısından kuşku ile yaklaşmaktadırlar. Bu şüphelerin giderilmesi için Sağlık Bakanlığı ve sivil toplum kuruluşları tarafından ortak kampanyalar düzenlenmelidir.

Ayrıca, Sağlık ve Sanayi Bakanlıkları öncülüğünde yapılacak çalışmalarla seçilecek stratejik bölgelerde "Tıbbi Cihaz Organize Sanayi Bölgeleri" kurulması için gerekli yasal düzenlemeler bir an önce hayata geçirilmelidir. Söz konusu bölgelerde yatırım yapacak girişimcilere vergi muafiyetleri ve düşük faizli kredi desteği sağlamalıdır. Bu yolla bölgeler arası kalkınmışlık farklarının giderilmesine de önemli bir katkı sağlanacağına inanmaktayız.

Satın Alma Sürecinde Karşılaşılan Sorunlar

Bir diğer ana başlık, satın alma süreçlerinde karşılaşılan sorunlar olarak saptanmıştır. Her ne kadar tıbbi cihaz firmaları özel hastanelerin taleplerini karşılasa da, sektörün en büyük müşterisi devlettir. Daha akademik bir deyimle, tıbbi cihaz sektörü önemli ölçüde "monopson" bir yapıya sahiptir. Bu nedenle satın alma süreçlerinde karşılaşılan sorunların bertaraf edilmesi hususu, sağlıklı bir sektörel gelişme için ana unsurlardan bir tanesini oluşturmaktadır.

Aşağıda tıbbi cihaz sektörünün satın alma süreçlerinde karşılaşılan sorunlar ve çözüm önerileri maddeler halinde sıralanmıştır.

Tahsilat Sorunu

Tıbbi cihaz sektöründe tahsilat sorunu kangren halini almıştır. Bu sorunun ivedilikle çözülememesi üretici, distribütör ve bayi bazında yerli unsurların piyasadan çekilmesi ile sonuçlanacak olumsuzluklara sebebiyet verebilir. Keza, söz konusu sorun sebebiyle sektörde faaliyet gösteren birçok firma ya iflas etmiş ya da yatırımlarını tıbbi cihaz sektöründen katma değeri düşük ticaret alanlarına yönlendirmiştir. Üniversite hastanelerine verilen hizmet ya da satılan malzemelerin bedellerinin ödenmesinde 12 aya varan gecikmeler yaşanırken, devlet hastanelerinde ödeme süresi 6 aya kadar düşmektedir. Geciken ödemeler sonucu üretici, ithalatçı ya da bayilerin zararlarını karşılayacak hiçbir mekanizma bulunmamaktadır. Firmalar mal veya hizmet bedeli olarak kesmiş oldukları Katma Değer Vergileri'ni peşinen ödemekte, ancak alacaklarını çok sonra tahsil edebilmektedirler. Bu noktada, öncelikle Sağlık Bakanlığı ile Maliye Bakanlığı arasında yapılacak bir anlaşma ile KDV alacaklarının, devletin firmalara olan borçlarından mahsup edilebilmesinin önünü açacak gerekli yasal düzenleme yapılmalıdır.

Oldukça dinamik bir sektör olan tıbbi cihaz sektöründeki büyüme, son yıllarda artan bütçe açıkları sonucu hükümetlerin masraf kısma politikalarından olumsuz etkilenmiştir. Buna rağmen; AB genelinde giderek artan gelir seviyesi, yaşlanan nüfus oranı ve bireylerin hayat kalitelerini artırmaya karşı giderek daha duyarlı olmaya başlamaları, sektörün büyümeye devam etmesini sağlayan en önemli etkenler arasındadır.

Ulusal mevzuatın Avrupa Birliği "Geç Ödemeler Direktifi" çerçevesinde yeniden düzenlemesi ile gecikme faizi oranlarının belirlenmesi ve bu mevzuatın uygulama aşamasının sıkı bir biçimde denetlenmesi gerekmektedir. Nasıl ki devlet kendi alacaklarının günü geçtiği zaman mevzuatta belirtilen faiz oranlarını işletmekte ise, devletin de firmalara olan borçlarını zamanında ödemediği takdirde faiz işletilmesi gerekmektedir.

Tahsilat sorunun çözülememesinin önündeki en büyük engellerden bir tanesi de Muhasebat Genel Müdürlüğü tarafından yayımlanan "Nakit Sıkıntısı Bulunan Döner Sermaye Saymanlıklarında Ödemelerde Öncelik Sırası" konulu genelgedir. İlgili genelge uyarınca, bazı müteahhitlere ve döner sermaye ödemelerine öncelik verilmesi gibi haksız bir içtihat ortaya çıkmıştır. Söz konusu genelgenin yeniden düzenlenerek, ödemeler konusunda diğer tüm müteahhitler ve hastane personeli ile tıbbi cihaz firmalarının ödemeler noktasında eşit konuma getirilmesi gerekmektedir.

Mal Alımı İhalelerinde Yaş Sorunu

Hizmet alımı ihalelerinde cihaz yaşı 10 yıl ile sınırlanmışken, mal alımı ihaleleri kapsamında değerlendirilen "KİT Karşılığı Cihaz Alımı" ihalelerinde bu sınırın 5 yıl olarak belirlenmesi ile henüz iktisadi ömrünü tamamlamamış cihazların ıskartaya çıkarılmasına sebebiyet vermesi önemli bir sorun

olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durum, tıbbi cihazların ekonomik ömrünü tamamlamasından önce ıskartaya çıkarılması ile sonuçlanmakta ve ülkemiz adına ciddi kayıplara yol açmaktadır.

Bu sorunun çözümü için, Sağlık Bakanlığı tarafından 07.01.1999 tarih ve B.10.0.THG.0.74.00.03-135 sayılı genelge ve 10.03.1999 tarih ve B.10.0.THG.0.74.00.03-3311 sayılı "Kit Alımı ile Birlikte Cihaz Edinme Uygulaması" konulu genelgede 5 yıl olarak belirlenen yaş sınırının 10 yıla çıkarılması gerekmektedir.

İhalelerde ve Kurum Ödemelerinde (SUT) Fiyatın Tek Belirleyici Olmaktan Çıkarılması

İhalelerde ve kurum ödemelerinde kaliteden çok fiyat unsurunun ön plana çıkması ile kalitesiz cihazların ülke pazarına rahatlıkla girebilmesinin önü açılmaktadır. Tıbbi cihaz yatırımları pahalı ve uzun vadeli yatırımlardır. Kaliteli tıbbi cihazlar 10 yıl üzerinde bir kullanım ömrüne, servis garantisine sahipken, ilk yatırım maliyeti düşük olan bazı kalitesiz ürünlerin ömürlerinin çok kısa olması ve sağlıklı ölçüm, teşhis ve tedavi kabiliyetlerinden yoksun olmaları dolayısıyla ilk yatırım maliyetleri düşük olmasına rağmen bu unsurlar da hesaba katıldığında çok daha pahalıya gelmektedir. Aynı durum sarf malzeme ve kurum ödemesine tabi olan ürünler için de geçerli olup, SUT'ta yapılan tespitler neticesinde fiyat tespiti son derece düşük tutulmakta. Bu sonuç doğrultusunda alımı yapılan ürünler çerçevesi fiyatı ucuz fakat kalitesi düşük ürünler olmaktadır. Bu ürünler fayda/maliyet analizi yapıldığında, kaliteli ürünlerden çok daha pahalıya gelmekte ve daha da önemlisi söz konusu ürünlerin birçoğu tedavi ve tanıya cevap vermekte yetersiz kalmaktadır.

Bu sorunun çözümü için hastaneler tarafından yapılan ihalelerde, fiyat dışı unsurların ortaya konması ile "en ucuz cihaz, en iyi cihaz" mantığının ortadan kaldırılması gerekmektedir.

Tıbbi Cihaz Sektöründe Tekelleşme Tehlikesi

Çerçeve sözleşmeler düzenlemesi, Sağlık Kentleri ve Hastane Birlikleri'nin oluşması ile tıbbi cihaz temininde toplu alımların gündeme gelmesi uluslar arası dev şirketlerin bulunduğu bir piyasada tekelleşme endişelerini ortaya çıkarmaktadır.

Toplu alım ihalelerinde yerli üretici, distribütör ve bayilerin dışlanmaması ve piyasada bir tekelleşme oluşmaması için gerekli düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Özellikle Sağlık Kentleri Projesi kapsamında kamu-özel ortaklığı modeliyle inşa edilecek olan hastanelerin mal ve hizmet alım-





larında proje ortağı özel şirketin tüm tıbbi cihaz ihtiyacını kendi firması ve/veya uluslararası piyasadan sağlamasını engelleyecek hususların kamu ile imzalanan sözleşmede yer alması; ayrıca talep edilen tıbbi cihazın yerli üretimi yapılıyorsa sözleşmeye ilgili tıbbi cihaz ihtiyacının "en az % 50'si yerli tıbbi cihaz üreticilerinden karşılanır" ibaresinin eklenmesi ile söz konusu endişeler ortadan kaldırılabilir.

Kamu İhalelerinde Şartname Sorunu

Hastaneler tarafından hazırlanan mal ve hizmet alımı şartnamelerinde birbirinden çok farklı kıstaslar ortaya konmaktadır. Bu durumun asıl sebebi, şartnamelerin hastaneler tarafından değil hastane idarelerinin almayı planladıkları cihazların tedarikçileri tarafından kendi cihazlarına göre hazırlanmasıdır. Kamu İhale Kanunu ile tamamen yasaklanmış olmasına rağmen alınacak cihazı birebir tarif eden şartnameler yayımlanmaktadır. Söz konusu ihalelerde serbest rekabet ortamı ortadan kalktığı için satın alınacak cihaz fiyatları yükselmekte ve bu durum devletin mali kaybına sebebiyet vermektedir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı tarafından daha önce uygulanmış olan TİP Teknik Şartname uygulamasının yeniden yürürlüğe konulması ile belirli bir cihaza münhasır şartname hazırlanmasının önüne geçilebilir. TİP şartname uygulaması ile tıbbi cihaz sektöründe rekabet ortamının güçlü bir biçimde yeniden yaratılması sağlanacaktır. Böylece, sık sık gündeme gelen ve sağlık sektörünün tümünü derinden yaralayan adli kovuşturmayı gerektirecek durumların ortaya çıkması engellenecektir.

Mevzuatta yer almasına rağmen satın alma süreçlerinde yerli üreticileri destekleyecek mekanizmaların devreye sokulamaması yerli üretimin gelişmesinin önünde ciddi bir engel teşkil etmektedir. 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu uyarınca yerli üreticiler lehine % 15'e kadar fiyat avantajı sağlanabilmekte ancak bu hüküm hastaneler tarafından uygulanmamaktadır.

Gümrüklerde Yaşanan Sıkıntılar

Gümrüklerde yaşanan bilgi ve mevzuat yetersizliği ve buna paralel ithalatçı firmaların mal çekiminde yaşadığı uzun süreli bekleme ve bürokratik sıkıntılar sektörümüzün bir diğer sorun başlığı olarak ele alınmaktadır.

Söz konusu sıkıntıların ortadan kaldırılabilmesi, konusunda deneyimli personelin istihdam edilerek mevzuat, ürün bilgisi ve ürün belgeleri konusunda sıkıntıların aşılması ve bu vesileyle gereksiz evrak kalabalığının önlenmesi, her defasında aynı belgelerin istenmemesi, doğru ürün kod ve tanımlamalarının yapılması suretiyle firmaların gümrüklerde uzun süreli bekletilmemesi ile mümkün olabilecektir. Bu sorun gümrük personeli ile Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve diğer ilgili tüm birimler ile en üst seviyede işbirliği ortamının sağlanarak, sıkıntıların hızlı ve pürüzsüz bir şekilde aşılması sağlanmalıdır. Bu süreçte, sektörel STK'lar ile ilgili birimlerin fikir alış verişinde bulunarak doğru yönlendirme zeminin sağlanması dikkate alınmalıdır.

Tıbbi Cihaz Sektörünün Sorunlarına Makro Ölçekli Bir Çözüm:
İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumunun Kurulması

Ülkemizde tıbbi cihaz sektöründe faaliyet gösterebilmek için iktisadi işletmeler için getirilen genel kayıt zorunluluğu dışında bir yeterlilik aranmamaktadır. Sektörümüzde faaliyet gösteren iktisadi işletmelerin yalnızca ithal ettikleri ya da ürettikleri tıbbi cihazların piyasaya sunumu için gerekli asgari şartlar belirlenmiştir. Tıbbi Cihazlar için asgari yeterlilikleri belirleyen temel olarak üç yönetmelik bulunmaktadır:

- Tıbbi Cihaz Yönetmeliği,

- Vücut Dışında Kullanılan (*In Vitro*) Tıbbi Tanı Cihazları Yönetmeliği,

• Vücuda Yerleştirilebilir Aktif Tıbbi Cihazlar Yönetmeliği. Yukarıda adı geçen yönetmelikler dışında Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yürütülen bir çalışma ile firmaların üretmekte oldukları ithal ettikleri ürünleri kaydettirmekle zorunlu oldukları Ulusal Bilgi Bankası oluşturulmuştur.

Görüldüğü üzere, mevcut düzenlemelerde tıbbi cihaz sektörünün düzenlenmesi ve denetlenmesi hususunda sektörde faaliyet gösteren firmalar için değil bu firmaların ithal etmekte veya üretmekte oldukları tıbbi cihazlar için asgari yeterlilik şartları getirilmiştir. Sağlıklı bir piyasa denetim ve düzenleme sistemi oluşturulabilmesi için yapılan düzenlemeler önemli bir adım algılanmakla beraber, ne yazık ki yeterli değildir.

Sağlık sektöründe faaliyet gösteren firmalar ve bu firmalarda istihdam edilen kalifiye personel için asgari yeterlilik koşullarının belirlenmesi son derece önemlidir. Tıbbi cihaz sektörünün bir meslek olarak algılanabilmesi ve belirli mesleki ve etik standartlar çerçevesinde düzenlenebilmesi sektörümüzün saygınlığını kazanabilmesi için ciddi önem arz etmektedir.

İTCK'nin kurulması ardından sektörde faaliyet gösterebilmek için kurum tarafından belirli standartlar göz önünde bulundurularak tıbbi cihaz sektöründe faaliyet gösteren firmaların İTCK'den lisans alma zorunluluğu getirilmelidir.

İhalelerde ve kurum ödemelerinde kaliteden çok fiyat unsurunun ön plana çıkması ile kalitesiz cihazların ülke pazarına rahatlıkla girebilmesinin önü açılmaktadır. Tıbbi cihaz yatırımları pahalı ve uzun vadeli yatırımlardır.

Bağımsız düzenleyici kurumların, yeni kurulan firmaların faaliyetlerine başlayabilmeleri ve mevcut firmaların faaliyetlerini devam ettirebilmeleri için lisanslama faaliyetlerinde bulunmaları yaygın bir uygulama halini almıştır. Örneğin, ülkemizde petrol ve doğalgaz sektöründe faaliyet gösteren firmalar Enerji Piyasası Düzenleme Kurumu'ndan lisans almak zorundadırlar. Söz konusu lisanslar yalnızca belirli asgari şartları olan firmalara verilmekte ve lisans alan firmalar kurum tarafından sıkı denetime tabi tutulmaktadır. Aynı durum, sermaye piyasasında faaliyet gösteren Aracı Kurumlar için de geçerlidir. Aracı kurumlar, Sermaye Piyasası Kurumu tarafından lisanslanmaktadır. Tıbbi Cihaz Kurumu'nun kurulmasının ardından, tıbbi cihaz sektöründe faaliyet gösteren firmalara adı geçen kurumdan lisans alma zorunluluğu getirilmelidir.

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE ÖDEME MEKANİZMALARI

Sosyal Güvenlik yasasının yürürlüğe girmesiyle birlikte T.C. vatandaşlarının sağlık giderleri devlet tarafından karşılanmaktadır. Vatandaşlar muayene ve ilaç bedeli olarak sadece 3-10 TL arasında küçük bir katkı payı ödemektedirler. Sağlık giderleri Sosyal Güvenlik Kurumu planlaması ve kontrolün-



de bu kurum tarafından hizmeti veren sağlık kurumlarına yapılmaktadır. SGK, genel sağlık sigortası kapsamında bulunan hastalar için tıp fakültelerine, devlet hastaneleri (anlaşma gereği yıllık global bütçe kapsamında hastaneler adına Sağlık Bakanlığı'na ödeme yapılır) ve anlaşmalı özel sağlık kurumlarına "medula" (hasta takip sistemi) kapsamında ödemeler yapmaktadır.

Özel Sağlık Kuruluşlarına Yapılan Ödemeler

Sosyal Güvenlik Kurumu ile branş veya tüm branşlarda sözleşme yapmış olan özel sağlık kuruluşlarına ortalama 60 ila 90 gün içerisinde ödemeler yapılmaktadır. Genelde ödemelerde zamansal genelde bir sıkıntının yaşanmadığı görülmektedir. SGK ile özel hastaneler arasındaki ödemelerde yaşanan münferit sıkıntıların temelinde "medula" sistemi çerçevesinde yapılan yanlışlıkların faturalara yansıması sonucu olduğu söylenmektedir. SGK ile özel sağlık kuruluşları arasında yapılan anlaşmalarda SGK kapsamındaki hastalara uygulanan teşhis ve tedaviler için fiyatlandırmalar belirlenmiştir. Faturalar bu belirlenen fiyatların üzerine çıkması veya yapılan hizmetin tanımlamasında farklılıklar olması hallerinde faturalar üzerinde mutabakat yapılana dek SGK ödeme yapmamaktadır. Yapılan ödemelerde cari hesap üzerinden eksik oranlarda yapılmaktadır.

Özel hastanelerin şikâyetleri arasında SGK tarafından belirlenen teşhis ve tedavi fiyatlarının mevcutta reel olmadığı, alınan % 70'lik fakın çok düşük olduğu şeklindedir. Özel hastaneler farkın serbest bırakılmasını veya teşhis ve tedavi fiyatlarını sürdürülebilir reel hale getirilmesini SGK dan talep etmektedirler.

Üniversite Hastanelerine Yapılan Ödemeler

SGK tarafından verilen bilgilere bakıldığında özel hastanelerde olduğu gibi tıp fakültelerine de en geç 60 ile 90 günlük zaman dilimi içerisinde ödemelerin yapıldığı belirtilmektedir. Tahakkuk etmiş ödemelerin geciktirilmesi veya ödenmemesi tıp fakülteleri tarafından kesilen faturaların "medula" sistemiyle örtüşmemesinden veya SGK uzmanlarınca yapılan denetimlerde hataların, eksiklerin tespit edilmesinden kaynaklandığı bu konudaki sorunları tıp fakültelerinden kaynakladığı, yanlışların anında düzeltilmesi için muhataplarca gereken ilgiyi göstermediklerinden dolayı münferit sıkıntıların yaşandığı belirtilmektedir.

> ***Hastaneler tarafından hazırlanan mal ve hizmet alımı şartnamelerinde birbirinden çok farklı kıstaslar ortaya konmaktadır. Bu durumun asıl sebebi, şartnamelerin hastaneler tarafından değil hastane idarelerinin almayı planladıkları cihazların tedarikçileri tarafından kendi cihazlarına göre hazırlanmasıdır. Kamu İhale Kanunu ile tamamen yasaklanmış olmasına rağmen alınacak cihazı birebir tarif eden şartnameler yayımlanmaktadır. Söz konusu ihalelerde serbest rekabet ortamı ortadan kalktığı için satın alınacak cihaz fiyatları yükselmekte ve bu durum devletin mali kaybına sebebiyet vermektedir.***

Konu tıp fakültelerinden dinlendiğinde SGK'nın ödemeleri zamanında yapmadığı, sudan ve basit sebeplerle faturalar üzerinde hatalar tespit ederek gereksiz kesintilere gittiği gibi şikâyetler dile getirilmektedir.

Tarafımızdan yapılan araştırmalarda hastaneler tarafından yapılan hizmetlerin "medula" sisteminde belirtilen kurallara uygun olarak faturalara yansıtıldığı durumlarda ve kesilen faturaların zamanında SGK ilgili birimlerine ulaştırıldığı ve takiplerinin aksatılmadan yapıldığı durumlarda ödemelerin belirtilen sürelerde yapıldığı tespit edilmiştir. Bazı tıp fakülteleri bu konuda hiç sorun yaşamazken bazı fakültelerin kendi iç sorunlarından dolayı fatura takip ve tahakkuk sisteminin takibini gerektiği şekilde yapamadıklarından dolayı sıkıntı yaşadıkları gözlemlenmiştir.

Tüm üniversite hastanelerinin ortak görüşü, SGK'nın ödemeler konusu dışında en temel sorununun, SGK tarafından tek taraflı olarak belirlenen teşhis, tedavi ve otelcilik hizmet bedellerinin üniversite hastanelerince yapılan hizmet standardını karşılamadığı, mevcut birim fiyatların maliyetleri dahi karşılamazken üniversitelerde sağlık adına Ar-Ge hizmetlerinin yapılamadığı ve yeni teknolojiye sahip tıbbi cihazlar için bütçe yaratılamadığı yönündedir. SGK tarafından belirlenen fiyatların gerçekçi maliyetler üzerinden belirlenip, üniversite hastanelerinin hizmet kalitesinin aksatılmadan sürdürülebilmesine imkân verecek şekilde yeniden belirlenmesini gerekmektedir.

SGK'nın mevcut fiyat politikasının var olan bütçe ile daha çok vatandaşa hizmet verilmesi, hizmet kalitesinin dikka-

te alınmadığı sonucunu ortaya çıkardığı şeklinde yorumlar yapılmaktadır.

Tıbbi Cihaz Firmalarına Yapılan Ödemeler

• Sağlık Bakanlığı Hastaneleri

Tıbbi cihaz firmalarının Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastanelerinden tahakkuk etmiş alacaklarının ödenmesinde 2010 yılı itibariyle iyileşmeler olmuştur. Tahakkuk etmiş alacakların ödemeleri 90 ila 120 gün ortalamasında yapılmaktadır. Bazı devlet hastanelerinde yaşanan ödeme sıkıntılarının temelinde hastane yönetimlerinin bilerek tahakkukları saymanlıklara geç göndermelerinden kaynaklandığı bilinmektedir.

Bağımsız düzenleyici kurumların, yeni kurulan firmaların faaliyetlerine başlayabilmeleri ve mevcut firmaların faaliyetlerini devam ettirebilmeleri için lisanslama faaliyetlerinde bulunmaları yaygın bir uygulama halini almıştır. Örneğin, ülkemizde petrol ve doğalgaz sektöründe faaliyet gösteren firmalar Enerji Piyasası Düzenleme Kurumu'ndan lisans almak zorundadırlar.

Sağlık Bakanlığı bu durumu yakından takip ettiğinden, tahakkukların saymanlıklara zamanında gönderilmesi ve ödemelerin 90 günde yapılması hususunda tüm hastanelere tebligat yapmış bulunmaktadır. Tıbbı cihaz sektör derneklerinin çatı kuruluşu TÜMDEF ile Sağlık Bakanlığı arasında başarı ile yürütülen iletişimin ve müzakerelerin sektörel sorunların çözümü konusunda başarı sağlanmıştır Bu örnek iletişim ve müzakere sistemi kamu ve özel sektörler arasında sorun yaşayan diğer sektörler ve kamu kurumlarına örnek olmalıdır.

• Üniversite Hastaneleri

Üniversite hastanelerinin ödeme sorunları tıbbi cihaz firmaları için yaşamsal tehlikedir.

Ticaretini ağırlıklı olarak üniversite hastanelerine yapan birçok firma bazı üniversite hastanelerinin 24 ayı geçen ödemeleri yüzünden iflas etmişlerdir. Üniversite hastanelerinden en kısa sürede yapılabilen ödeme ortalama sekiz (8) ayı bulmaktadır. Bu süre tahakkukların kasıtlı olarak geciktirilmesiyle en iyi ödemeyi yaptığını söyleyen üniversite hastanelerinde dahi bir yılı bulmaktadır. Geç ödemeler üniversite hastanelerinin tıbbi cihaz girdi maliyetlerini arttırdığından SGK ile belirlenen teşhis ve tedavi birim fiyatların arasının açılmasına neden olmaktadır. Ödemesini 90 günde yapan bir devlet hastanesi ile ödemesini 12 ayda yapan bir tıp fakültesinin tıbbi cihaz girdi maliyetleri arasında ortalama % 15–20 fiyat farkı olmaktadır. Ödemesi 24 ayı geçen üniversite hastanelerinde ise maliyet farkları % 100'ün üzerinde olabilmektedir. Üniversite hastanelerinin geç ödemelerden kaynaklanan yüksek fiyata dayalı alımları bu kurumların finans açıklarını kat ve kat arttırmaktadır. Üniversite hastanelerinin kangren haline gelmiş finans sorunları düzeltilmediği, Sağlık Bakanlı hastaneleri gibi Tıbbi cihaz ödemelerini 90 gün bazında yapabilme imkânlarına kavuşturulmadıkları sürece tıp fakülteleri ihaleye katılacak Tıbbi cihaz firması bulamayacaklardır. Bulduğu firmalarda fiyatları zorunlu nedenlerden dolayı yüksek tutmak zorunda kalacaklardır.

Tıp fakültelerinin birikmiş borçlarının ödenmesi ve bundan sonraki ödemelerini zamanında yapabilmeleri için Başbakanlık ve YÖK nezdinde konun ekonomik ve idari yönden ivedilikle ele alınıp üniversite hastaneleri için kalıcı bir çözüm bulunmalıdır.






Sağlık Ekonomisi ve Farmakoekonomi, Sağlık Hizmetinde İlaç Sunumu

Ecz. Kemal Uyumaz - Ecz. Salih Beşir
MÜSİAD Sağlık Sektör Kurulu

Son yıllarda ülke ekonomilerinde yaşanan daralmalara karşılık toplumlarda oluşan talep gereği sağlık harcamaları her yıl biraz daha artmaktadır. Bu durum tedavi yaklaşımlarının maliyeti konusu üzerinde daha dikkatli davranılması zorunluluğunu ortaya çıkarmıştır.

Bu nedenle tedavi stratejilerine karar verilirken, etkinlik ve güvenlik konularının yanı sıra maliyet konusunda da artık daha dikkatli davranılması gerekmektedir.

Ekonomide yaşanan daralma hiç şüphesiz sahip olduğu önem nedeniyle, sağlık harcamalarını kısma sonucu değil ayrılan kaynağın daha etkin kullanılması sonucunu doğurmalıdır. Sağlık hizmet sunucularının verimliliğini ve hizmet kalitesini düşürecek sonuçlar üretmemelidir.

Ülkemizdeki sağlık harcamalarını değerlendirdiğimizde, yapılan reformlara rağmen sağlık harcamalarının OECD ülkelerinin ortalamasının altında olduğunu görüyoruz. (Tablo 1)

Verilere göre değerlendirdiğimizde bir yandan sağlığa ayrılan kaynağın daha da arttırılması gerektiği sonucuna ulaşırken öbür yandan ayrılan kaynağın daha verimli kullanılması gerektiği de kaçınılmaz bir sonuçtur.

Sağlık ekonomisi, "Sağlık sektörüne ayrılan kaynaklarını en iyi şekilde (en ekonomik, etkili, verimli, rasyonel) kullanarak en yüksek düzeyde sağlık hizmeti üretmek ve bunu toplumu oluşturan sosyal gruplar ve fertler arasında en iyi bölüştürmek" şeklinde tanımlanabilir.

Kaynakların en etkili ve verimli bir şekilde kullanılma zorunluluğu "farmakoekonomi" adında yeni bir bilim dalının oluşmasına neden olmuştur.

Bu durum klinik ya da ekonomik sonuçların değerlendirildiği araştırmalar, hastalık akıbeti araştırmaları ve hastalık yönetimi gibi yeni disiplinler doğurmuştur.

Farmakoekonomi, sağlık alanında sunulacak her türlü hizmetin, teknolojinin, girişimin veya ilaç tedavilerinin sonuçlarını değerlendirmeyi ve karşılaştırmayı, bu karşılaştırmadan kamu yararına adil ve akılcı sonuçlar çıkarmayı hedeflemektedir.

Farmakoekonomi verileri oldukça geniş bir kitleyi ilgilendirir:

- Hastalar,
- Sağlıklı kişiler,
- Sağlık hizmeti verenler (doktor, eczacı, hemşire),
- Sağlık yöneticileri,
- İlaç üreticileri,
- Sigorta hizmeti verenler

farmakoekonomi verilerinin ilgi kapsamı içerisindedir.

Sağlık ekonomisi, "Sağlık sektörüne ayrılan kaynaklarını en iyi şekilde (en ekonomik, etkili, verimli, rasyonel) kullanarak en yüksek düzeyde sağlık hizmeti üretmek ve bunu toplumu oluşturan sosyal gruplar ve fertler arasında en iyi bölüştürmek" şeklinde tanımlanabilir.

Günümüzde farmaekonomik değerlendirmelerde değişik analiz yöntemleri kullanmak yoluyla (maliyet analizi, maliyet-yarar analizi, maliyet-etkinlik analizi, maliyet-yararlanım analizi) oldukça etkili sonuçlar alınabilmektedir.

Bu sonuçlar hasta bakımıyla ilgili karar oluşturan ve uygulayan tüm yetkililerin kullanımına sunularak daha etkili bir sağlık hizmeti vermek, yaşam kalitesi-

ni arttırmakla birlikte etkin kaynak kullanımını sağlamak amacıyla yararlanılmaktadır. Bu sonuçlardan yararlanılarak oluşturulan politikalar sağlık ekonomisine önemli katkılar sağlamaktadır.

Farmakoekonomik Analiz Yöntemleri:

1. Maliyet-Minimizasyon Analizi (Cost-Minimization Analysis – CMA)
2. Maliyet-Yarar Analizi (Cost-Benefit Analysis – CBA)
3. Maliyet-Etkinlik Analizi (Cost-Effectiveness Analysis – CEA)
4. Maliyet-Memnuniyet Analizi (Cost-Utility Analysis – CUA)
5. Hastalık Maliyeti Analizi (Cost-of-Illness Analysis – CIA)

Hastaya tedavi uygulayan hekimin amacı "tüm hastalar için en iyi tedaviyi sağlamak" iken, sağlık yöneticisinin amacı "mümkün olan en çok hastaya, mümkün olan en iyi tedaviyi sağlamak"tır. Bu durumda, şüphesiz, bazı hastaların en iyi tedaviyi alamama riski ortaya çıkacaktır. Sağlık politikalarını belirleyen kişi ve kurumlar, sağlık için ayrılmış toplam bütçe sınırları dahilinde herkese hizmet verme sorumluluğu taşıdıklarından, farklı tedavi seçeneklerinin maliyetlerinin karşılaştırılmasında ve fiyatlandırılmasında izlenen prosedürler son derece kritik önem taşımaktadır.

Tedavi stratejileri ve planlamaları yapılırken göz ardı edilmemesi gereken konulardan bir tanesi de etik kurallara riayet edilmesidir.

Sağlık harcamalarının verimli kullanılmasında çok önemli konulardan biri de koruyucu sağlık hizmetleridir. Oluşumundan önce önlenmiş ya da erken teşhis edilmiş hastalık

TABLO 1: OECD Ülkelerinde Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payının Yıllara Göre Dağılımı (%)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ABD	13,1	13,3	14	14,7	15,2	15,3	15,7	15,8	16
Almanya	10,3	10,3	10,4	10,6	10,8	10,6	10,7	10,5	10,4
Avustralya	8,4	8,8	8,9	9,1	9,2	9,6	8,8	8,7	8,7
Avusturya	9,6	9,4	9,5	9,5	9,6	9,6	10,4	10,2	10,1
Belçika	8,5	8,6	8,7	8,9	10,1	10,5	10,3	10	10,2
Danimarka	8,5	8,3	8,6	8,8	8,9	8,9	9,5	9,6	9,8
Finlandiya	6,9	6,7	6,9	7,2	7,4	7,5	8,5	8,3	8,2
Fransa	9,2	9,2	9,3	10	10,4	10,5	11,1	11	11
Hollanda	8	7,9	8,3	8,9	9,1	9,2	9,8	9,7	9,8
İngiltere	7,1	7,3	7,5	7,7	7,8	8,1	8,2	8,5	8,4
İrlanda	6,2	6,3	6,8	7,2	7,2	7,1	7,3	7,1	7,6
İspanya	7,3	7,2	7,2	7,3	7,9	8,1	8,3	8,4	8,5
İsveç	8,4	8,4	8,7	9,1	9,3	9,1	9,2	9,1	9,1
İsviçre	10,5	10,4	10,9	11,1	11,5	11,6	11,2	10,8	10,8
İtalya	7,8	8,1	8,2	8,3	8,4	8,7	8,9	9	8,7
İzlanda	9,3	9,2	9,3	10	10,5	10,2	9,4	9,1	9,3
Japonya	7,4	7,6	7,8	7,9	8	8	8,2	8,1	8,1
Kanada	9	8,9	9,4	9,7	9,9	9,9	9,9	10	10,1
Kore	4,7	4,8	5,4	5,3	5,5	5,6	6,1	6,5	6,8
Lüksemburg	5,8	5,8	6,4	6,8	7,7	8	7,7	7,3	7,3
Macaristan	7,3	7,1	7,3	7,7	8,3	8	8,3	8,1	7,4
Meksika	5,6	5,6	6	6,2	6,3	6,5	5,8	5,8	5,9
Norveç	9,4	8,5	8,9	9,9	10,1	9,7	9,1	8,6	8,9
Polonya	5,9	5,7	6	6,6	6,5	6,5	6,2	6,2	6,4
Portekiz	8,7	9,4	9,3	9,5	9,8	10,1	10,2	9,9	9,9
Yeni Zelanda	7,6	7,7	7,8	8,2	8	8,4	9,1	9,4	9,2
Yunanistan	9,6	9,9	10,4	10,3	10,5	10	9,4	9,5	9,6
Türkiye	4,8	4,9	5,6	5,9	6	5,9	5,7	5,6	5,7
OECD Ortalaması	***8***	***8***	***8,3***	***8,6***	***8,8***	***9,0***	***8,9***	***8,9***	***8,9***

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Türkiye'de Sağlığa Bakış, 2007; OECD Health Data 2009.

hem halk sağlığı hem de maliyetler açısından önemli faydalar sağlayacaktır. Ülkemizde yaygınlaşmaya devam eden aile hekimliği bu alanda önemli bir katkı yapabilir.

Farmakoekonomi alanında etkin bir uygulama ortaya koyabilmek için etkin bir eğitime ihtiyaç vardır. Önceden sadece hastanın sağlığını düşünen hekimler, farmakoekonomi, tıpta karar verme, hastalık akıbeti araştırmaları ve hastalık yönetimi gibi konular hakkında daha fazla bilgi sahibi olmak zorundadırlar. Bu nedenle Tıp ve Eczacılık fakültelerinin eğitim programlarına yeterli düzeyde farmakoekonomi dersi koyulmalıdır.

SAĞLIK HİZMETİNDE İLAÇ SUNUMU

Son yıllarda artan teknoloji imkânları ile gerek tedavi yöntemlerinde, gerekse ilaç gereksiniminin karşılanması ve sunulmasında çok önemli gelişmeler yaşanmaktadır. Ülkemizde de dünya genelinde yaşanan gelişmelere paralel olarak önemli adımlar atılmaktadır. Sağlıkta dönüşüm programı ile birlikte sağlık alanında birçok yenilik ve gelişme hayata geçti. Bu gelişmeler ve sağlık alanındaki artan talep, bir yandan sağlık harcamalarının yükselmesine sebep olmaktadır. Sağlık harcamalarında yaşanan bu artış bazı sorunları da karşımıza çıkarıyor.

Ortaya çıkan sorunların en önde gelen sebebi finans yetersizliğidir. Finans sıkıntısını, ekonomistlerin çözmesi gereken bir konu olarak onlara bırakıyoruz. Ancak finans yetersizliği nedeniyle alınan bazı tedbirler sağlık alanında, süreç içerisinde birçok çelişkinin ortaya çıkmasına sebep olmaktadır.

TABLO 2: Türkiye Ve OECD Ülkelerinde Sağlık ve İlaç Harcamaları (dolar)

	Kişi Başı GSYİH	Toplam Kişi Başı Sağlık Harcaması			Toplam Kişi Başı İlaç Harcaması			TİH/KB GSYH*
	2007	1993	2003	2007	1993	2003	2007	2007
ABD	46.040	3.357	5.635	7.290	289	727	878	1,91
Almanya	40.391	1.988	2.996	3.601	262	437	542	1,34
Avustralya	43.199	1.542	2.699	3.763	160	378	Veri yok	Veri yok
Avusturya	44.851	1.669	2.280	3.595	185	367	500	1,11
Belçika	43.032	1.601	2.827	3.895	279	469	566	1,32
Danimarka	57.004	1.763	2.763	3.512	150	271	301	0,53
Finlandiya	46.836	1.430	2.118	2.840	176	339	400	0,85
Fransa	41.876	1.878	2.903	3.601	329	607	588	1,4
Hollanda	46.774	1.701	2.976	3.837	187	339	422	0,9
İngiltere	46.040	1.232	2.231	2.992	182	352	Veri yok	0,99
İrlanda	60.208	1.039	2.386	3.424	111	262	Veri yok	0,59
İspanya	32.087	1.089	1.835	2.671	209	400	562	1,75
İsveç	49.661	1.644	2.594	3.323	179	340	446	0,9
İsviçre	58.513	2.401	3.781	4.417	233	397	454	0,78
İtalya	35.963	1.529	2.258	2.686	309	499	518	1,44
İzlanda	64.959	1.745	3.115	2.510	216	247	241	0,37
Japonya	34.318	1.365	2.139	Veri yok	304	394	Veri yok	Veri yok
Kanada	43.674	2.014	3.003	3.895	262	508	691	1,58
Kore	21.654	453	1.074	1.688	139	309	416	1,92
Lüksemburg	103.590	1.891	3.190	Veri yok	231	370	Veri yok	0,53
Macaristan	13.752	638	1.115	1.388	181	308	434	3,16
Meksika	9.741	397	583	823		125	198	2,03
Norveç	82.225	1.695	3.807	4.763	163	358	381	0,46
Polonya	11.143	378	677	1.035		226	253	2,27
Portekiz	21.109	881	1.797	Veri yok	226	420	Veri yok	Veri yok
Yeni Zelanda	30.431	1.115	1.886	2.510	166	272	241	0,79
Yunanistan	28.057	1.077	2.011	2.727	179	322	677	2,41
Türkiye	9.422	200	452	576	63	112	125	2,67

** Toplam İlaç Harcaması/Kişi Başı Gayrı Safi Milli Hasıla*
Kaynak: TTB, Sağlık İstatistikleri, 2006
IMF, World Economic Outlook Database, Nisan 2009
OECD, OECD in Figures, 2005

Yaşanan gelişmeler ışığında bir analiz yaptığımızda bu çelişkilerin sağlık sektörü içinde en çok hissedildiği sektörlerden birinin de eczacılık sektörü olacağı anlaşılıyor.

Kaliteli sağlık hizmetinin en önde gelen unsurlarından bir tanesi de hastanın ilaca kolay ve güvenli ulaşabiliyor olmasıdır. Konuyu bu pencereden ele aldığımızda ilacın üretiminden hastaya sunumuna kadar geçen aşamalarda birçok faktör, kurum, meslek ve sektör devreye girmektedir.

İlacın uzmanı olan eczacı ve eczacılık sektörü ilacın hastaya ulaşmasında en önemli unsurların başında geliyor. Bu nedenle eczacıların görev yaptıkları her alanda sağlıklı çalışma ortamına sahip olmaları kaliteli sağlık hizmeti açısından çok büyük önem arz etmektedir.

Eczacılık hizmetinin sağlıklı yürütülebilmesi için ülkemizde mevcut yürürlükte olan serbest eczacılık uygulamasının sağlıklı bir şekilde sürdürülmesi, eczacıların eczanelerde ilaç danışmanlığı hizmetini sağlıklı bir şekilde yürütebilmesi temel şart olmalıdır. Aynı zamanda gerek kamu, gerek özel sektörde ilacın olduğu her alanda yeterli oranda eczacının

TABLO 3: Yıllar İtibariyle Sosyal Güvenlik Kurumunun Toplam Sağlık Harcamaları

Sağlık Harcamaları (Milyon TL)										
Yıllar	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007 ****	**2008 ***	**2009**	**2010 Haziran**
4/a	2258	3594	4981	6636	7065	11106	14738			
Tedavi	1124	1493	2530	3502	3088	5486	7780			
Devlet Hastanesi	820	1026	1875	2618	1960	3684	5196			
Üniversite Hastanesi	118	195	281	383	473	707	1002			
Özel Hastane	185	272	374	500	655	1095	1682			
Diğer Tedavi (Kit, Sağlık Ocağı vb.)										
İlaç	993	1879	2101	2687	3553	5266	6379			
Diğer (*)	141	222	350	447	424	354	480			
Diğer (Tıbbi Cihaz Malzeme, şahıs vb.)	122	199	308	390	387	285	347			
Optik	19	23	42	57	37	69	133			
4/b	1229	2195	3183	3719	3626	3816	3052			
Tedavi	330	693	966	1269	1363	1667	1385			
Devlet Hastanesi	250	562	798	1028	1125	1269	997			
Üniversite Hastanesi	31	61	82	127	96	107	69			
Özel Hastane	48	70	87	113	142	291	318			
Diğer Tedavi (Kit, Sağlık Ocağı vb.)										
İlaç	780	1322	1997	2188	1841	1841	1407			
Diğer	118	181	220	262	422	308	260			
Diğer (Tıbbi Cihaz Malzeme, şahıs vb.)	112	168	194	234	396	275	227			
Optik	7	13	26	28	26	33	34			
4/c	1089	1840	2498	2796	2917	2744	2193			
Tedavi	345	645	867	1135	1175	1337	1003			
Devlet Hastanesi	114	227	325	436	437	490	206			
Üniversite Hastanesi	181	364	464	569	515	511	452			
Özel Hastane	50	54	78	130	224	336	345			
Diğer Tedavi (Kit, Sağlık Ocağı vb.)										
İlaç	660	1100	1517	1524	1607	1265	1072			
Diğer	84	95	115	136	135	143	118			
Diğer (Tıbbi Cihaz Malzeme, şahıs vb.)	65	65	70	89	87	99	82			
Optik	19	30	44	48	47	44	36			
TOPLAM SAĞLIK	4576	7629	10662	13150	13608	17667	19984	25346	28811	15537
Tedavi	1799	2831	4362	5906	5626	8489	10267	13953	15129	9017
Devlet Hastanesi	1185	1815	2398	4083	3521	5442	6399	7325	7875	4918
Üniversite Hastanesi	330	620	827	1079	1083	1325	1523	2247	2572	1674
Özel Hastane	284	396	538	743	1021	1723	2345	4381	4682	2425
Diğer Tedavi (Kit, Sağlık Ocağı vb.)					0	0				
İlaç	2434	4300	5615	6399	7001	8372	8858	10717	13161	6322
Diğer	343	498	685	845	980	805	859	676	521	199
Diğer (Tıbbi Cihaz Malzeme, şahıs vb.)	299	433	573	712	871	659	655	409	225	65
Optik	44	66	112	133	110	146	203	267	296	134
Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'ye Oranı (%)	1.9	2.18	2.34	2.35	2.1	2.33	2.38	2.67	3.05	1.51

(*) 4/a, 4/b ve 4/c kapsamındakilerin sağlık ödemeleri 2008 yılı Ocak ayından itibaren SGK adına tek bir yerden yapılmaktadır.
(**) 2007 Kasım ve Aralık aylarına ait 4/b ve 4/c'lilere ilişkin sağlık ödemeleri 4/a üzerinden yapılmıştır.

istihdam edilmesi de sağlıklı bir ilaç sunumunun olmazsa olmazlarındandır.

Sağlıkta reform uygulamalarından sonra artan ilaç harcamalarının kısılmasına yönelik alınan tedbirler, eczacılık mesleğinin geleceğini ciddi manada zora sokmuştur. Eczane işletme maliyetlerinin ve eczanelerdeki iş yükünün artmasına karşılık serbest eczane işletmeciliğinde kârlılığın azalması ve ilaç indirimlerinden eczacıların uğradığı kayıpların yeteri kadar karşılanamaması eczanelerde ilaç sunumu ve ilaç danışmanlığı hizmetini olumsuz olarak etkilemektedir.

Bu yaşanan olumsuzlukların yanı sıra eczacılık mesleğinin önündeki en önemli sorun serbest eczane sayısının ihtiyacın çok üzerinde bir orana ulaşmasıdır.

Ülkemizde eczacıların serbest eczane açmak dışında, istihdam edilebilecek alanlarının yetersizliği mesleğe adım atan eczacıların neredeyse tamamının serbest eczane açmaya yönelmesi sonucunu doğurmaktadır.

Buna rağmen ülke genelinde geçtiğimiz on yıl içinde eczacılık fakültelerinin sayısı iki katı artmıştır. Eczacı başına düşen nüfus ise buna paralel neredeyse iki katı azalmıştır. Her yıl 1200 öğrenci eczacılık fakültelerinden mezun olmakta, 5000'in üzerinde öğrenci eczacılık fakülterinde okumaktadır. Bu öğrencilerin % 80'i kamuda, özel şirketlerde ve üniversitelerdeki kadro yetersizliği nedeni ile serbest eczane açmaktadır. Bu da on yıl öncesine göre giderleri artan, kârları azalan, serbest eczanelerin daha az bir nüfusa hizmet etmesi sonucunu doğurmaktadır. Avrupa'da bu tehdit yıllar önce fark edilmiş, bazı ülkelerde yeni eczacılık fakültesi açılması bir yana, örneğin İngiltere'de 3 eczacılık fakültesi kapatılmıştır. Belçika, Fransa ve Yunanistan'da fakülte kontenjanları

Ülke genelinde geçtiğimiz on yıl içinde eczacılık fakültelerinin sayısı iki katı artmıştır. Eczacı başına düşen nüfus ise buna paralel neredeyse iki katı azalmıştır. Her yıl 1200 öğrenci eczacılık fakültelerinden mezun olmakta, 5000'in üzerinde öğrenci eczacılık fakülterinde okumaktadır. Bu öğrencilerin % 80'i kamuda, özel şirketlerde ve üniversitelerdeki kadro yetersizliği nedeni ile serbest eczane açmaktadır. Bu da on yıl öncesine göre giderleri artan, kârları azalan, serbest eczanelerin daha az bir nüfusa hizmet etmesi sonucunu doğurmaktadır.

TABLO 4: Bazı Ülkelerde Eczacılık Verileri

ÜLKELER	Eczane Sayısı	Nüfus	Eczane Başına Düşen Nüfus	Toplam Serbest Eczacı Sayısı	Serbest eczacı başına düşen yoğunluk	Eczacılık Fakültelerinin Sayısı	Yıllık Mezun Sayısı	Üniversite Eğitim Prog. Süresi	Eczacılık Fakültesi Öğrencileri (2006)
Almanya	21.550	82.365.000	3.822	46.953	1.754	23	1.867	4	12.069
Avusturya	1.200	8.266.000	6.888	4.929	1.677	3	269	8.3	2.832
Belçika	5.196	10.496.000	2.020	9.200	1.140	7	Veri yok	Veri yok	Veri yok
Bulgaristan	4.445	7.719.000	1.736	4.797	1.609	1	Veri yok	Veri yok	780
Çek Cumhuriyeti	2.348	10.287.000	4.381	5.600	1.836	2	300	5	Veri yok
Danimarka	322	5.424.000	16.844	835	6.495	1	120	5	1.218
Finlandiya	802	5.254.000	6.551	1.384	3.796	2	75	5	Veri yok
Fransa	23.190	63.047.000	2.718	55.123	1.143	24	2.250	6	10.138
İngiltere	12.940	60.524.000	4.677	24.400	2.480	16	1.438	4	Veri yok
İrlanda	1.394	4.253.000	3.050	1.956	2.174	1	70	4	Veri yok
İspanya	20.740	43.911.000	2.117	40.680	1.079	12	2.482	5	19.145
İsveç	875	9.066.000	10.361	4.982	1.819	1	120	5/3	93
İsviçre	1.692	7.503.000	4.434	4.740	1.582	5	Veri yok	Veri yok	900
İtalya	17.200	58.811.000	3.419	50.000	1.176	29	2.500–3.000	5	29.100
Kıbrıs	442	766.000	1.733	442	1.733	0 (**)	0	0	0
Lüksemburg	86	469.000	5.453	396	1.184	1	08-10	(*)	5
Macaristan	2.020	10.020.000	4.960	Veri yok	Veri yok	3	250	5	Veri yok
Makedonya	745	2.039.000	2.736	900	2.265	1	Veri yok	Veri yok	Veri yok
Norveç	573	4.649.000	8.113	1.714	2.712	2	55	5	Veri yok
Polonya	8.500	38.115.000	4.484	Veri yok	Veri yok	10	Veri yok	Veri yok	Veri yok
Portekiz	2.775	10.628.000	3.829	5.887	1.805	5	310	5,5	4.961
Slovakya	1.580	5.392.000	3.412	3.570	1.510	1	Veri yok	Veri yok	1.290
Slovenya	278	2.005.000	7.212	834	2.404	1	Veri yok	Veri yok	863
TÜRKİYE	**24.119**	**71.517.100**	**2.965**	**24.119**	**2.965**	**13**	**Veri yok**	**5**	**Veri yok**



azaltılmış, İtalya, İspanya gibi ülkelerde ise doğrudan eczane açılmasına "nüfusa ve mesafeye göre sınırlama" getirilmiştir.

Ülkemizde bu sınırlamalar olmadığı gibi % 80'i serbest eczacı olmaktan başka şansı olmayan kişi sayısını artırmak, var olan eczanelerin de sonunu getirecektir.

Bu sonun gelmemesi için;

- Açılması planlanan eczacılık fakültelerinin önüne geçilmeli,

- Eczacılık fakültesi kontenjanları düşürülmeli,

- İlaç sanayisinde daha fazla eczacı istihdamı sağlanması,

- Kamuda eczacı istihdamı artırılmalı (örneğin Sağlık Grup Başkanlıklarında her 30 eczane için 1 eczacı bulundurma zorunluluğunun getirilmesi),

- Eczaneler nüfus ve mesafeye göre sınırlandırılmalı,

- Eczaneler reçete kapasitelerine göre ikinci eczacı çalıştırmalı,

- Kamuda çalışan eczacıların özlük hakları iyileştirilmeli,

- Beş yıl olan eğitimin son iki yılında konusunda uzman branş eczacılığa geçilmelidir.

Örneğin; klinik eczacılık, kamu eczacılığı, sanayi eczacılığı ve serbest eczacılık gibi. Bu çalışmalar yapılırken tüm eczacılık camiasındaki STK'ların ve akademisyenlerin görüşü alınarak ortak bir proje oluşturulmalıdır.

Eczacılık mesleğini olumsuz etkileyecek ve güvenli ilaç sunumunu engelleyecek diğer bir gelişme de pazardan pay sahibi olmak isteyen bazı grupların, kimi ilaçların eczane dışına çıkarılması ve eczacı dışında herhangi bir özel ya da tüzel kişinin de eczane sahibi olabileceği yönünde lobi faaliyetleri yürütmeleridir. Oysa "Eczacılık uzmanlık alanıdır. Ticari serbestlik bakımından değerlendirilemez." Bu tehlikeyi engelleyecek yegâne unsur yukarıda da bahsettiğimiz gibi eczacıların istihdam edileceği alanların genişletilmesi ve



serbest eczaneler üzerindeki yüklerin hafifletilerek, işletme açısından yaşanan kayıpların telafi edilmesidir.

Bunun için bazı tedbirler alınabilir:

- Eczacılarımızın kâr oranları yeniden belirlenmeli, gelişmiş ülkelerde eczacıya verilen meslek hakkı, ülke ekonomimiz el verdiği ölçüde, ülkemiz eczacısına da verilmelidir.

- Reçeteye ilacın "etken madde" adı yazılmalıdır. Bu uygulama eczacımıza da ülke ekonomimize de büyük katkı sağlayacaktır. Eczacının gereksiz ilaç stokunu düşürecek, sermayesini koruyacak, miadı dolan ilaç sayısında büyük azalma sağlayacaktır. ABD eşdeğer ilaca 1994 senesinde geçmiştir. Amaçları yılda 1 milyar dolar tasarruf sağlamaktı. Gelinen süreçte sadece geçen yıl 2008 yılı itibari ile 121 milyar dolar gelir sağlamışlardır.

- "Kamu Kurum İskontosu" eczacının faturasından bağımsız hale getirilmelidir.

- Eczacının danışmanlık rolü güçlendirilmeli, ilaç ve ilaç dışı tüm sağlık ürünlerinin yalnızca eczanelerde, eczacı aracılığıyla halka ulaşımı sağlanmalıdır.

- "Eczaneler Birinci Basamak Sağlık Kuruluşu" tanımına uygun olarak sağlık kabini hizmetlerinin satışını ve evde bakım hizmetlerinin servisini sağlayabilmelidir. (Tansiyon, şeker ölçümü, aşılar, küçük yaralanmalarda pansuman...)

- Medula provizyon ve ITS kayıt sisteminin sorunsuz işlemesi sağlanmalıdır. Elektronik sistemde yaşanan aksaklıkların faturasını eczacının ödemesinin önüne geçilmelidir.

Eczacıların desteklediği e-rapor uygulaması gibi yenilikler ve gelişmeler provizyon sisteminin sağlıklı çalışmaması nedeniyle istenilen verimi sağlamamaktadır. Son aylarda sürekli aksamaya başlayan sistemin sağlıklı çalışması için yetkililerce acil çözüm üretilmelidir. Zira bu durum hem hastalara ilaç sunumunda hem de eczanelerin işletilmesinde ciddi zararlara sebep olmaktadır.

Eczacıların desteklediği e-rapor uygulaması gibi yenilikler ve gelişmeler provizyon sisteminin sağlıklı çalışmaması nedeniyle istenilen verimi sağlamamaktadır. Son aylarda sürekli aksamaya başlayan sistemin sağlıklı çalışması için yetkililerce acil çözüm üretilmelidir. Zira bu durum hem hastalara ilaç sunumunda hem de eczanelerin işletilmesinde ciddi zararlara sebep olmaktadır.

KAYNAKLAR

- Doç. Dr. Oktay Özdemir, *Temel Farmakoekonomi İlkeleri.*
- *Farmakoekonomi Politikası*, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları.
- SGK İstatistik Bülteni.
- OECD Health Data, 2009.

Vergi İndirimlerinin Ekonomiye ve Topluma Etkileri



Yazı: Cemil Atalar
Gelir Uzman Yardımcısı

Vergi borcu olan mükelleflerle ilgili son günlerde yapılması beklenen ödeme kolaylıklarını da ihtiva eden düzenleme vatandaşlara yeni bir sayfa açma imkânı getirmektedir. Öte yandan, bu tip düzenlemeler vergisini düzenli ödeyen toplumun bilinçli bireyleri ve kurumları açısından olumlu karşılanmamaktadır.

Ekonominin idaresinin devlet elinde (kamu otoritesi) olduğu günümüz dünyasında, devletin, hem kendisinin varlığının devamı hem de kendisine vatandaşlık bağı ile bağlı bulunan yurttaşları ile ülke topraklarında yaşayan diğer insanların sadece devletçe; yani kamu otoritesi tarafından karşılanması gereken ihtiyaçları vardır. Bu ihtiyaçların sonucunda iktisadi olarak belirli bir maliyetin oluşacağı da tabiidir. İşte bu maliyetin nasıl ve ne şekilde karşılanacağı, öteden beri çok önemli bir sorunsalı beraberinde getirmektedir. Bugün devletler, kendilerine ve onu oluşturan toplumsal yapıya uygun mali mevzuat ve sistemler geliştirerek, evrensel hukuk ilkelerini de göz önüne alarak bütün kamu giderlerini karşılamaya çalışmaktadır. Kamu giderleri kamu gelirleri ile karşılanmakta ve bu gelirlerin esas kaynağını vergiler oluşturmaktadır. Vergi, toplumdaki özel ve tüzel kişilerden belirli hukuki dayanağı olacak şekilde alınan ekonomik değerlerdir.

Vergi, dinamik ve statik niteliği de olan bir kavramdır diyebiliriz. Hem dinamik süreçlerden (harcamalardan) hem de statik (servet vs.) varlıklardan alınmasını buna örnek olarak ve-

rebiliriz. Bu özellik, kamu mali dengesinin ne yönde olacağı hakkında da öngörü sahibi olmamıza yardımcı olmakta ve genel iktisadi faaliyetlerinde her yönüyle bütün kamu gelirlerini etkilemektedir.

Günlük hayatımızda toplumun bütün bireyleri vergi yükünden bir ölçüde pay almaktadır. Ayrıca vergilerdeki çeşitlilik de bu yükün daha farklı bir düzeyde dağıtılmasına imkân vermektedir. Kaynağında, yani vergiyi doğuran olay vuku bulduğu anda (iş görenler üzerinden alınan gelir vergisi), verginin alınması ile; iktisadi faaliyetin gerçekleşmesinden sonra da vergilendirmenin olduğu (kurumlar vergisi) değişik yapıların mevcudu her yönden daha karışık bir mali mevzuatın ister istemez oluşmasına neden olmaktadır.

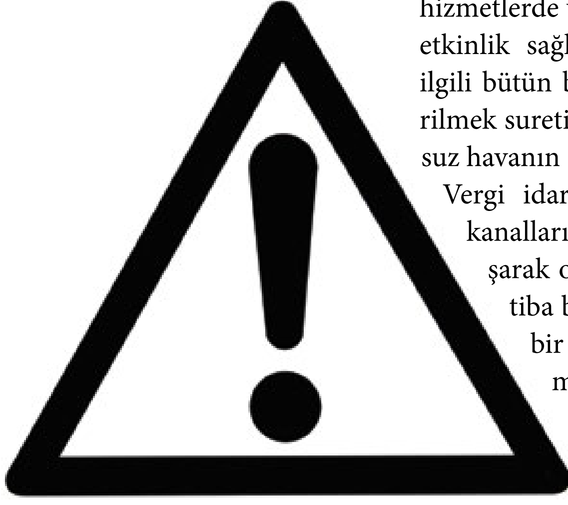
Ülkemizdeki vergi sistemi henüz tamamen ideal düzeyde ve objektiflikte (makul bir sistem) teşekkül ettirilememiştir. Kanaatimizce bunun temel nedeni, toplumumuzda var olan belirli alışkanlıklardan dolayı vergi bilincinin tam olarak oluşamamasıdır. Tabii ki bu alışkanlıkların istenilen yönde değiştirilmesi hemen mümkün olamamakla beraber, asgari düzeye indirilebilmesi için kamu otoritesinin vergi bilincini vatandaşlarına aşılamak için eğitim sisteminde gerekli düzenlemelere gitmesi gerekmektedir. Ayrıca devletin bu süreçte daha şeffaf bir vergi idaresi ve toplum tarafından anlaşılabilir bir vergi mevzuatının temini için gerekli düzenlemeleri yapması gerekmektedir. Bu konuda ülkemiz belirli mesafeler kat etmekle beraber, vergi kayıplarının ve kayıtdışı ekonominin önlenmesi için daha özenli çalışılmalıdır. İnternetin ve dijital teknolojisinin ilerlediği günümüzde, bu gelişmelerin vergi sistemimize faydalı olması için teknik uyarlama ve hız önem kazanmaktadır.

Vergi denetimi faaliyetleri daha rasyonel kriterlerle icra edilmeli; yapılacak denetim faaliyetinin toplumdaki bireylerin vergiye gönüllü uyumuna yardımcı olacak mahiyette olmasına çalışılmalıdır. Çok önemli bir aşama olan vergiye gönüllü uyum yukarıda değindiğimiz vergi bilincini olumsuz etkileyen varolan alışkanlıkları ortadan kaldırmada çok etkin bir rol oynayacaktır.

Son yıllarda vergi sisteminin iyileştirilmesi için planlama ve koordinasyon birimleri teşkil edilmeye başlanmıştır. Bunun daha iyi bir vergi sistemi için altyapı oluşturacağına kanaat getiriyoruz.

Vergi sistemimiz yatırım indirimi ve ihracatta katma değer vergisi iadesi imkânları ile kalkınmaya destek olmaktadır. Bu imkânların ekonomiyi daha ileri götüreceği ve sağlıklı sürdürülebilir büyüme ve istihdam süreçlerinin varlığına katkıları olacağı açıktır. Bu vergi indirim ve istisna imkânlarının ileri aşamasının ise istihdam üzerindeki katı vergi yükünü makul seviyeye çekmekle olacağına inanmaktayız.





Vergi borcu olan mükelleflerle ilgili son günlerde yapılması beklenen ödeme kolaylıklarını da ihtiva eden düzenleme vatandaşlara yeni bir sayfa açma imkânı getirmektedir. Öte yandan, bu tip düzenlemeler vergisini düzenli ödeyen toplumun bilinçli bireyleri ve kurumları açısından olumlu karşılanmamaktadır. Tabii ki yapılacak düzenlemenin icrasının neticesinde vergi ödeme arzusunun arttığı ve mükellefleri vergi bilincine koşullandıracak bir iklimin oluşturulması çok yerinde olacaktır. Bunun için; tanıtım ve hizmetlerde verimlilik, kalite ve etkinlik sağlanmalı, toplumun ilgili bütün bireyleri bilgilendirilmek suretiyle oluşacak olumsuz havanın önüne geçilmelidir. Vergi idaresi, farklı iletişim kanallarından topluma ulaşarak olumlu bir idari intiba bırakmaya istikrarlı bir şekilde devam etmelidir.

Vergi sistemimizdeki birçok indirim ve istisnanın varlığı iktisadi hayatın kalkınma odaklı olmasına destek vermektedir. Kalkınma; özetle yatırım ve ihracatın birlikte var olması ile mümkündür. Vergi sistemimiz yatırım indirimi ve ihracatta katma değer vergisi iadesi imkânları ile kalkınmaya destek olmaktadır. Bu imkânların ekonomiyi daha ileri götüreceği ve sağlıklı sürdürülebilir büyüme ve istihdam süreçlerinin varlığına katkıları olacağı açıktır. Bu vergi indirim ve istisna imkânlarının ileri aşamasının ise istihdam üzerindeki katı vergi yükünü makul seviyeye çekmekle olacağına inanmaktayız. Orta vadede gerçekleştirilebilir bir düzenlemenin olacağını beklemekteyiz. Yapılacak değişiklik, toplam vergi gelirlerinin önemli bir kısmını oluşturan bu ekonomik değerlerden kamu otoritesini vazgeçirebilecek yeni kaynakların bulunmasına bağlı olur. Çünkü yapılacak her türlü değişiklikler kamu mali dengesini değiştireceğinden konunun tüm yönleriyle ele alınması gerekmektedir.

Türk vergi sistemindeki servet ve gelirden alınan vergilerle ilgili mevcut mevzuat gözden geçirilerek daha modern düzenlemelere gidilebilir. Ülkemizin gelişmiş ve vergi sistemi optimum şekilde işleyen ülkeler gibi olabilmesi için dolaylı vergilere endeksli olmayan, geliri yüksek, yani daha varlıklı kesimlerden müspet oranlarda ve şeffaf bir uygulama ile vergi gelirlerini temin etmeyi planlaması ve gerekli yasal altyapıyı ihdas etmenin imkânlarını araştırması gelecek için daha iyi olacaktır.

Orta vadede gerçekleştirilebilir bir düzenlemenin olacağını beklemekteyiz. Yapılacak değişiklik, toplam vergi gelirlerinin önemli bir kısmını oluşturan bu ekonomik değerlerden kamu otoritesini vazgeçirebilecek yeni kaynakların bulunmasına bağlı olur. Çünkü yapılacak her türlü değişiklikler kamu mali dengesini değiştireceğinden konunun tüm yönleriyle ele alınması gerekmektedir.





Mümin bin Mukbil Açıklayamadığı Bilgi ve Gözlemlerini de Paylaştı

Prof. Dr. H. Kadircan Keskinbora

Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi
Göz Hastalıkları Uzmanı, Deontoloji ve Tıp Tarihi Uzmanı

Bu yazımın amacı; el yazması kitapları, kütüphanelerin el değmeyen raflarından indirip günümüz insanının ellerine ulaştırarak okunmasını sağlamaya yönelik bir çalışmayı dikkatlerinize sunmak yoluyla bu bilimsel/kültürel çalışmalara dikkati çekmek ve konuyu gündeme taşımaktır.

Daha önce, buna benzer olarak yapılmış onlarca çalışma mevcuttur. Bu çalışmalara bir tanesini daha eklediğimiz böylesi çabaların artmasını ve bu birbirinden değerli el yazması kitapların günümüz insanına kolaylıkla ulaşmasını temenni ederim.

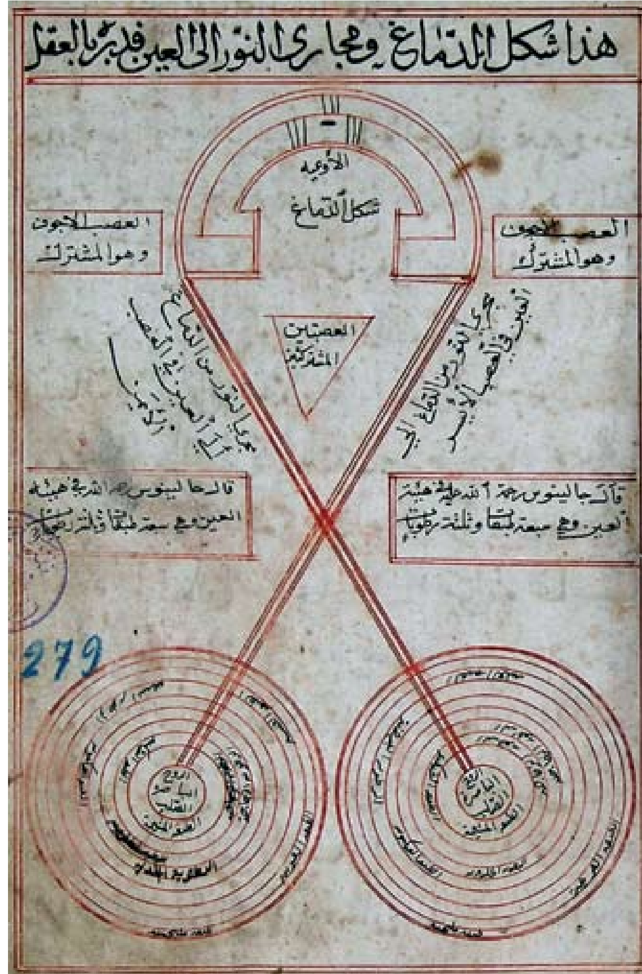
Mümin bin Mukbil, *kehhal* yani göz hekimi olup, bu konudaki çalışmalarıyla ün kazanmıştır. Bu eserinde, temel olarak göz ve göz hastalıklarını kaleme almış, baş ağrıları, gözün yapısı, göz tabakalarının hastalıkları, belirtileri, nedenleri, tedavileri ve ilaçlarıyla ilgili bilgi vermektedir.

15. yüzyıl bilgileriyle yazılmış olan bu eserde bazı bilgilerin çok önceden beridir bilindiği, bazı konularda şaşılacak ölçüde derin detaylar verildiği, bazı ameliyat ayrıntıları ve çare üretmek adına yapılan girişimlerde değişik tekniklerin uygulandığı görülmektedir. Buna karşın, birtakım bilgilerin değişmiş olduğu, nedeni bilinmeyen hastalıklardan bazılarının gerçek nedeninin bütünüyle ortaya çıkmış olduğu, bazı bilgilerin de artık "antik değer" özelliğinde kabul edilmesi gerektiği anlaşılmaktadır.

1495 yılında Mümin bin Mukbil isimli bir hekim tarafından yazılmış *Miftah-in Nur ve Hazain-üs Sürur* (Göz Nurunun Anahtarı ve Sevinç Hazineleri) kitabında (Resim 1) tanımlanan bazı beyin-göz ilişkili (nöro-oftalmolojik)[1] hastalıklarla ilgili gözlem ve tespitleri, saygıdeğer okuyucularla paylaşmaya çalıştım.

Sekiz adet örneği günümüze kadar gelmiş bulunan kitabın İstanbul, Millet Kütüphanesi, Ali Emiri Tıp Kitaplığı bölümünde 279 numara ile kayıtlı nüshasındaki "His İle Bilinemeyen Göz Hastalıkları" bölümünde tanımlanan klinik durumlardan nöro-oftalmolojiyi ilgilendirenler ayıklanarak siz değerli okurlarla paylaşıldı.

Gözü oluşturan dokuların ayrımının ve kafatası anatomisiyle ilgili tespitlerin güncel bilgilerle uyuştu-



Resim 1

Mümin bin Mukbil, rutubet-i celidiyye'nin (aköz humor: gözün ön bölümündeki sıvı) yer değiştirmesiyle çift görme oluştuğunu tanımlamaktadır. Celidiye tabakasının niceliksel değişiklikleri ise mikropsi (cisimleri olduğundan daha küçük görme) ve makropsi (cisimleri olduğundan daha büyük görme) olarak bilinen belirtilere neden olmaktadır.

ğu, ancak görmenin nasıl oluştuğuyla ilgili görüşlerin günümüzle uyuşmadığı saptandı.

Bazı nöro-oftalmolojik olayların o günlerde de biliniyor olduğu, Mümin bin Mukbil'in çeşitli nöro-oftalmolojik olayları gözlemleyip saptadığından anlaşılmaktadır. Dikkatli bir gözlemci olarak, açıklamakta zorlandığı veya mekanizması o zaman için bilinemeyen hastalıkları yok saymayarak, "His ile Bilinemeyen Göz Hastalıkları" başlığı altında ayrı bir bölümde incelemesi bugünkü bilimsel yaklaşımla koşut bir yaklaşımda bulunduğunu düşündürmektedir.

"Rutubet-i Beyziyye'nin (lens-mercek) kıvamında sorun olursa" alt bölümünde bugün santral skotom (merkezi görme alanında hasta tarafından görülemeyen boşlukların oluşması), *simultagnozi*[2] ve halüsinasyon olarak bilinen; renginde sorun olursa *diskromatopsi* (renk körlüğü) olarak bilinen belirtilerin/hastalıkların tanımlandığı saptandı. Mümin bin Mukbil, rutubet-i celidiyye'nin (aköz humor: gözün ön bölümündeki sıvı) yer değiştirmesiyle çift görme oluştuğunu tanımlamaktadır. Celidiye tabakasının niceliksel değişiklikleri ise mikropsi (cisimleri olduğundan daha küçük görme) ve makropsi (cisimleri olduğundan daha büyük görme) olarak bilinen belirtilere neden olmaktadır. Gece körlüğü, gündüz körlüğü, asab-ı mücevvef (optik sinir) hastalıkları ve göz nuru zayıflığı ayrı ayrı başlıklar altında anlatılmıştır.

Osmanlıca okuyabilenler orijinalinden izleyebilsinler diye düşündüm ve buraya orijinal nüshadan ilgili sayfaları tarayarak ekledim (Resim 2, 3, 4, 5, 6, 7). Latin alfabesine de çevrilmiş (transkripsiyon-çeviriyazı) halini de aşağıda sunarak 15. yüzyıl Türkçesiyle anlatımı da okuyabilme imkânı sunmaya çalıştım:

Osmanlıca okuyabilenler orijinalinden izleyebilsinler diye düşündüm ve buraya orijinal nüshadan ilgili sayfaları tarayarak ekledim (Resim 2, 3, 4, 5, 6, 7). Latin alfabesine de çevrilmiş (transkripsiyon-çeviriyazı) halini de aşağıda sunarak 15. yüzyıl Türkçesiyle anlatımı da okuyabilme imkânı sunmaya çalıştım.

(SEKİZİNCİ) MAKALÂT

Gözüñ şol 'illetlerini bildürür kim anı hissile kimseler idrâk eylemez her birinüñ adını ve esbâbını ve 'alâmetini ve 'ilâcını beyân eyler bu ma kâlât on bir fasldur her fasılda niçe marazlar vardur zikr olına evvelki fasıl rutûbet-i beyziyyedeki olan marazları bildürür ikinci fasl (rutûbet-i) cildiyyeyile 'ankebûtiyye 'ârız olan marazları bildürür üçünci fasl rûh-ı bâsıraya 'ârız olan âfetleri bildürür dördünci fasl şeb körligiñ esbâbını 'alâmetini 'ilâcını bildürür beşinci fasl (bâb) zûr körlügin esbâbını ve 'ilâcını bildürür

[68-b] altıncı fasıl (bâb) kardan sovukdan zahmet çekmiş gözüñ 'ilâcını bildürür yedinci fasıl (bâb) rutûbet-i zücâciyyenüñ marazlarınuñ 'adedini ve 'alâmetini bildürür sekizinci fasıl (bâb) 'asab-ı mücevvefe 'ârız olan marazları bildürür tokuzuncı fasıl (bâb) 'asab-ı mücevvefenüñ istirhâ olduğınuñ esbâbını ve 'ilâcını bildürür onuncı bâb gözüñ nûrı za'îf olduğınuñ esbâbını ve 'ilâcını bildürür onbirinci fasıl (bâb) envâ'ı göz ağrılarına ve marazlarına hâcet otları bildürür

EVVELKİ FASIL (BÂB)

rutûbet-i beyziyyede 'ârız olan marazları bildürür rutûbet-i beyziyyede 'ârız olan maraz altıdur levn teğayyur olmakdur cufûfdur cufûf cüz'ün minhâ ya'ni anuñ cüz'inüñ ba'zısı kurumakdur rutûbeti gicilmekdür (gici olmakdur) rutûbeti büyümekdür ğalîzdür bu takrîr eylediügimüz marazlar kim rutûbet-i beyziyyede vâkı' olur ikiden hâric değüldür ya kemmiyetile düşer ya keyfiyetile dişer şöyle kim kemmiyetile düşer ya artuğrak olur ya eksikrek ya giçirek olur ya büyükrek vakt olur kim artuğrak büyükirek olur mikdârı tabî'îden rutûbet-i beyziyyenüñ ortasıyıla

[69-a] taşragı nûruñ ortasında hicâb olur ammâ şol vakt kim azırak yahud giçirek ola ol âfetler tevellüd eyler kim yukaru bâblarda zikr oldıdı ve ol kim keyfiyyetle düşer ol dahi üç dürlüdür ya bir âfet olur kıvâmında ya bir âfet olur levninde ya bir âfet olur yubûsetde ve ve ol kim kıvâmında olur şöyle olur kim kıvâmuñ ba'zısı mu'tedil olur ba'zısı ğalîzrak olur bu 'illetin



Resim 2

sâhibi (hüdâvendi) her nesne kim ırâk ola anı göremez ol kim yakın ola anı dahi eyü göremez zîrâ ba'zısınuñ kıvâmı i'tidalden be-gâyet çok döner ğalîz olur yâhud dükeli merre-i vâhide ğalîz olur ve eger cemi' ğalîz olacak olursa gözüñ görmekligi bâtıl olur ve anuñ hükmile su hükmi ikisi birdür eger eczâlarınuñ ba'zı ğalîz olursa ikiden hâric degüldür şol eczâ kim ğalîzdür peyveste ola anuñ dahi hâli üç dürlüdür biri oldur kim evvel eczâdan galîz olan anuñ ortası ola eger bu tarîka olacak olursa 'alâmeti oldur kim bu 'illetüñ hüdâvendi bir nesneye kim nazar eyleye ortasından bir kara nesne

[69-b] taşrasına çıkmış gibi gör(ür) ikinci oldur kim anuñ eczâlarınuñ ğalîz olan mevzi'i anuñ kenarları ola ol tarîka olursa 'alâmeti oldur kim bu 'illetüñ sâhibi büyük nesneleri bir kez nazar eylemegile tamâm görmez meselâ şöyledür kim büyük cüsselü canâverlerüñ endâmlarını



Resim 3

ayru ayru görür üçünci oldur (kim) eger ol eczâ kim ğalîz olmışdur perâkende olmış olursa 'alâmet oldur kim sâhib-i (marazuñ) gözinüñ ileyinde hayâller görinür ol (cüzvüñ şeklinde zikr eyledük siñek gibi üvez gibi) yazılmış hatlar gibi ne kim bunlara beñzer varısa ammâ ol kim levnlere düşer üç nev'dür biri oldur kim rutûbetüñ cemî'isi levninden döner sahib-i 'illet her nesne kim göre ol günde (levnde) görür eger gördügi levn karayise ol şol zulumât düter (dütün) gibi görür eger kızılsa ya saruyise şol halde göre kim gözinde tarfesi olanlar ya yarakânı olanlar gördügi gibi ikinci oldur kim ba'zıları levninden döner ba'zısı yene tabi'î levninde olur 'alâmeti budur kim bu 'illetüñ sahibinüñ (hüdâvendinüñ) gözinüñ ileyinde hayaller görinür ol eczânuñ şeklinde ve renginde (levninde) üçünci oldur ki şol

[70-a] buhârların sebebile kim dimağa mütesâ'id olur buhârun zılli rutûbet-i beyziyyeye düşer her gâh kim ol buhâr gelmege başlaya görmeklik hâli hâl-i tabi'îden rec'at eyler cemi'i eşyâyı ol mütesâ'id olan buhâruñ levninde gösterür ol kim rutûbetüñ ve yubûsetüñ keyfiyyetinden düşe ya rutûbetile i'tidâlden çıkmış ola ya yubûset ile ammâ ol kim yubûset ile i'tidâlden çıkmış ola üç hâlden hâric olmaya (degüldür) ya budur anuñ dükelisi yâbis ola 'alâmet budur kim bu 'illetüñ sâhibinüñ (hüdâvendinüñ) gözi küçicik olur aslâ görmez olur ba'zı eczâlarınuñ rutûbeti yâbis olur bu dahi iki nev' olur kurulık eczâsı peyveste olur yâhud perâkende anuñ hükmi hemîn ğalîzlik hükmi gibidür ammâ fark oldur kim peyveste (yubûset) olan kişilerüñ gözi kiçicek olur ve uykusuz olur ve ol kim i'tidâlden hâric olmış ola anuñ gözi kendü endâzesinden büyükrek ve tolurak (ola) 'ilâc rutûbet-i beyziyyenüñ terligi çoğlığınuñ büyüklüginüñ ğalîzliğinuñ 'ilâcıdur bedeni dimağı arıdub pâk eyleyeler göze cilâ virici sürmeler isti'mâl eyleyeler tahlîl eyleyici edviyeler çekeler ve illâ giçiliginüñ kurulığınuñ eksükliginüñ 'ilâcı yubûsetden

[70-b] olan baş ağrısı 'ilâcı gibidür rutûbet arturıcı tedbîrler buyuralar (vallâhu a'lem)

İKİNCİ FASIL (BÂB)

rutûbet-i- cildiyyeyile (celîdiyyeyile) 'ankebûtiyyeye 'ârız olan marazları bildürür rutûbet-i-cildiyyenüñ (celîdiyyenüñ) marazları onaltıdur biri zevâlühâ yümnihi ikinci zevâlühâ yüsrihî üçüncü (imtidâdühâ) ilâ farkı (fevkın) dördünci imtidâduhâ ilâ esfeli beşinci teğayyuru(hâ)

ile's-sufretî altıncı teĞayuruhâ ile'-s-sevdâ (sevâd) yedinci teğayyuruhâ ile'l-beyâzı sekizinci teğayyuruhâ ile'l-humreti tokuzuncı inkıtârihâ (inkı'âruhâ) onuncı hucûtuhâ (hucûcutuhâ) onbirinci sıĞarıhâ onikinci kiberihâ onücünci yubûsetihâ ondördünci rutûbetihâ onbeşinci inkı'âdihâ onaltıncı tüferriku'l-ittisâlihâ ma'lum ola kim rutûbet-i cildiyyenüñ (celîdiyyenüñ) marazları bunlardır ki zikr eyledük lîkin rutûbet-i celîdiyyenüñ marazı dört nev'dür biri âfetlerdür kim vaz'ına düşer ikinci âfetlerdür ki kemiyyetile düşer üçünci afetlerdür ki keyfiyyetile düşer dördünci tüferriku'l-ittisâldür ammâ evvelki nev' kim vaz'ına düşer üç veche üzerinedür biri oldur kim mevzi'inden zâyil olmış ola sağdan yaña yahud soldan yaña meyl eylemiş ola ikinci oldur kim yukaru veyahud aşağa yaña çekilmiş ola ücünci oldur içerü gitmiş ola yahud azacuk yukaru kalkmış ola

[71-a] ve illâ celîdiyyenüñ sağdan yaña yahud soldan yaña yukaru yaña meyl eyledüginüñ sebebi oldur kim 'asab-ı mücevvefenüñ azalaları teşennüc olduğındandur teşennûc dahi ya imtilâdan olur ya yubûsetden olur iki nev'ün dahi 'alâmetleri ma'lûmdur veli aşağa ka'rına gitmeginüñ sebebi istifrâğdan olur ve hem rutûbetler tahlîl olduğından olur kim rutûbet ğalebe eyler taşrasına kaldığınuñ ve aşağa yaña çekildiginüñ sebebi 'asab-ı mücevvefenüñ 'azalaları istirhâ olduğından olur eyle olsa her gâh kim celîdiyye sağ yaña ya sol yaña meyl eyleye ol kimsenüñ gözi ahvel görinür ve dahi vakt olur kim celîdiyyenüñ bir ta'alluk ola eczâsı yukaru yaña ya aşağa ya aşağa yaña meyl eylese ol kimse gerekdür ki bir nesneyi iki göre eger iki gözüñ dahi celîdiyyesi kendü mevzi'inden zâyil olmış olsa biri yukaru çıkub biri aşağa inmiş ola buncılayın olur ve her gâh kim celîdiyye in'ikâr (inkısâr) olmış olsa göz elbette dimağı rutûbetlerüñ tahlîli sebebile dahi yubûset sebebile azrak ola ve her gâh kim göz taşrarak otura füzûnî rutûbetlerüñ sebebile ekhel göstere şeyle kim deryânuñ içerüsinde kim bahr-i

[71-b] bî-gerândur (bî-kırandur) ol su ol mevzi'leri kara gösterür kaçan kim kenâra yakın olub yeri yuka olsa ak rûşen ve sâfî görinür 'ilâc imtilâdan olan teşennüce ve istirhâya oldur kim rutûbetleri istifrâğ itdüreler nutûlar ile ğarğaralar ile atûseler ile ve illâ kuru teşennüce kim rutûbetleri tahlîl olmaklığı sebebile olmış ola rutûbetler arturıcı tedbîrler buyuralar ikinci nev' kim kemiyyet ile düşer iki veche üzerinedür biri oldur büyükrek olur ikinci oldur ki giçirek olur büyükliginüñ sebebi maddenüñ çokliğından olur giçiliginüñ sebebi çok istifrâğıla kurulığından ve rutûbet tahlîl olduğından olur ve her gâh kim tabi'î mikdârdan büyükirek olsa nûr-ı bâsıra mükedder olur her nesneye kim baka kendü mevzi'inüñ mikdârından ol nesnenüñ mikdârını (cüssesini) giçirek göre sebebi ol kim bu rutubet-i celîdiyyenüñ gevheriyyesi perâkende olur anuñıla örtülür anuñ kuvveti şeyle kim gerek taşrasına sirâyet eylemez ve her gâh kim giçirek ola mu'tedil mikdâr ile rûh-ı bâsıra kavîrak olur bu sebebden her ne kim nazar eyler kendü mikdârından büyükirekdür anuñçün kim rûh-ı bâsıranuñ mikdârı anuñ

[72-a] cirmini kıyâs itmekde ziyâde ve kavî olur kaçan kim rûh-ı bâsıranuñ kuvveti bu endâzede olsa cümle emrâzlardan birisi olur 'alâmeti ve kânûn-ı 'ilâc iki nev'inüñ dahi ma'lûmdur ammâ üçünci nev' kim keyfiyyet ile düşer ol dahi üç nev'dür biri celîdiyyenüñ levni tegayyür olub ya kara ya kızıl olub ya saru ya ak olur ikinci rutûbeti bunuñ üzerine ğâlib olur üçünci oldur kim yubûset ğâlib olur ammâ (velîkin) levni teğayyür olmaklığınuñ sebebi ahlât ğalebesinden olur rutûbet ğâlib olduğınuñ sebebile yubûset ğâlib olduğınuñ sebebi ma'lûmdur bir kaç (kez) yirlerde zikr olunmışdur ve

bî-gerândur (bî-kırandur) ol su ol mevzi'leri kara gösterür kaçan kim kenâra yakın olub yeri yuka olsa ak rûşen ve sâfî görinür 'ilâc imtilâdan olan teşennüce ve istirhâya oldur kim rutûbetleri istifrâğ itdüreler nutûlar ile ğarğaralar ile atûseler ile ve illâ kuru teşennüce kim rutûbetleri tahlîl olmaklığı sebebile olmış ola rutûbetler arturıcı tedbîrler buyuralar



Resim 4

illâ vakt kim anuñ levni teğayyur ola tabî'atden hâric bir levn anda zâhir olur olur 'illetüñ hüdâvendi her neye kim nazar eyleye ol hıltuñ levninde görür kim kendüye müstevlî olmışdur ve dahi her vakt kim rutûbet ğalebe eyleye göz hiyre olub muttasıl (yaşı) eksük olmaz ve her gâh kim yubûset ğalebe eyleye rutûbet-i beyziyye müncemid olub mün'akid olur ol sebebden görmeklik bâtıl olur ve hem 'ilâcı dahi müşkil olur ammâ celîdiyye müteğayyir olduğınuñ 'ilâcı oldur kim ol hıltı istifrâğ itdüreler kim anuñ levninüñ

[72-b] 'alâmeti gözde zâhir olmış idi ve hem tahlîl eyleyici sürmeler isti'mâl eyleyeler velî aña kim rutûbet ğalebe eylemiş ola ayâric-i faykara ve habb-ı kûkıyâyile istifrâğlar idüb bedeni dimağı bir kaç kerret (kez) arıdalar sürmelerde bâsilikûn çekeler aña kim yubûset ğalebe eylemiş ola rutûbeti arturıcı tedbîrler eyleyeler dördünci nev' kim tüferriku'l-ittisâldur bunuñ 'ilâcı kurûh 'ilâcı gibidür velîkin bu kurûhdan müşkilrekdür zîrâ tabîbler

Kemiyetle ortaya çıkan hastalıklar (kantitatif, niceliksel); ya fazlaca veya azalmış, ya büyümüş ya da küçülmüş olur. Bazen doğal halinden fazla ve büyük olur. Rutubet-i beyziyenin ortasıyla dışındaki nurun ortasında perde olur. Ancak, az veya küçükçe olursa, belalar ortaya çıkar. Yukarıdaki konularda bahsedilmişti. Keyfiyetle ortaya çıkan hastalıklar (kalitatif) da üç türlüdür: a) kıvamında, b) renginde, c) kuruluğunda sorun vardır.



Resim 5

bu marazları hissile idrâk eylese olmaz dahi vakt olur kim tabaka-i 'ankebûtiyyeye tîz muhrik madde sebebinden teferruku'l-ittisâl mütevellid olur anuñ 'ilâcı gözüñ marazlarından müşkil olur her kimse dileye kim aña mu'âleceden fâyide ola meger ol maddei istifrâğ eylemekle fâyide ola

Bu sayfaları da -yorum katmadan- günümüz bilgileriyle ilintilendirerek bazı notlar eklemek suretiyle günümüzün konuşulan diline aktararak sunuyorum:

SEKİZİNCİ BÖLÜM
HİS İLE BİLİNEMEYEN GÖZ HASTALIKLARI

Bu bölüm, his ile hiçkimsenin anlayamadığı göz hastalıklarını bildirir. Her birinin adını, sebeplerini, belirtilerini ve ilaçlarını anlatır. Bu bölüm on bir konudur ve her konuda, değişik hastalıklar anlatılmaktadır:

1. Konu: Rutubet-i beyziyede olan hastalıklar,
2. Konu: Rutubet-i celidiye ve ankebûtiyede olan hastalıklar,
3. Konu: Ruh-ı basırada oluşan belalar,
4. Konu: Gece körlüğünün sebepleri, belirtileri, ilacı,
5. Konu: Gündüz körlüğünün sebepleri, belirtileri, ilacı,
6. Konu: Kardan, soğuktan sıkıntıya düşmüş gözün ilacı,
7. Konu: Rutubet-i zücâciyenin hastalıklarının adedi ve belirtileri,
8. Konu: Asab-ı mücevvefte oluşan hastalıklar,
9. Konu: Asab-ı mücevvef tembelliğinin sebebi ve ilacı,
10. Konu: Göz nurunun zayıflığının sebebi ve ilacı,
11. Konu: Çeşitli göz ağrıları ve hastalıklarında kullanılan otlar,

8. 1. RUTUBET-İ BEYZİYE (LENS) HASTALIKLARI

Rutubet-i beyziyede ortaya çıkan hastalık altıdır:[3]
1) Rengin değişmesi,
2) Cufûf, yani bir bölümünün kuruması,
3) Rutubetinin azalması,
4) Rutubetinin artması,
5) Galizlik (ağırlaşma, kötüleşme).

Bu söylediğimiz rutubet-i beyziyede olan hastalıklar ikiden fazla değildir. Ya kemiyetle (nicelikle), ya da keyfiyetle (nitelikle) ortaya çıkar.

Kemiyetle ortaya çıkan hastalıklar (kantitatif, niceliksel); ya fazlaca veya azalmış, ya büyümüş ya da küçülmüş olur.

Bazen doğal halinden fazla ve büyük olur. Rutubet-i beyziyenin ortasıyla dışındaki nurun ortasında perde olur. Ancak, az veya küçükçe olursa, belalar ortaya çıkar. Yukarıdaki konularda bahsedilmişti.

Keyfiyetle ortaya çıkan hastalıklar (kalitatif) da üç türlüdür: a) kıvamında, b) renginde, c) kuruluğunda sorun vardır.

a) Kıvamında sorun olursa:

Bazısı mutedil (orta halli) ve bazısı galizce (kötüce) olur. Bu hasta, uzakta olanı göremez, yakında olanı da iyi göremez. Çünkü bazısının kıvamı itidalden (normalden) yavaş yavaş uzaklaşır ve kötüleşir veya tümü bir kerede galiz olur. Eğer tümü galiz olursa, gözün görmesi yok olur. Bunun neticesiyle göze su inmesi (katarakt) hastalığının neticesi aynıdır. Eğer bazı kısımları galiz olursa bu da iki şekilde olur. Galiz olan kısmı bitişik durumda ise, bu da üç türlü olur.

Birincisi, eczaların orta kısımdaki galiz olursa, bu durumdaki belirtisi, hasta bir nesneye baktığında, o nesnenin ortasından bir kara nesneyi dışarı çıkmış gibi görür (santral skotom).

İkincisi, bir kısmı galiz olan bölümün yeri, o bölümün kenarları olursa, bunun belirtisi, hasta büyük cisimleri bir kez bakmakla tam olarak göremez (simültagnozi). Mesela, büyük cüsseli hayvanların organlarını ayrı ayrı görür.

Üçüncüsü, galiz olan ecza dağınık durumda olursa, bunun belirtisi, hasta gözünün önünde, daha önce bahsettiğimiz hayalleri, sinek, üvez gibi, çizilmiş çizgiler gibi hayali cisimler görür (halüsinasyon).

b) Renginde sorun olursa:

Bu da üç çeşittir.
Birincisi, rutubetin tümü rengini değiştirmiştir. Hasta, hangi nesneye bakarsa baksın tek renkte görür (monokromatopsi). Eğer gördüğü renk karaysa, tüten duman gibi görür; eğer kızılsa veya sarıysa, gözünde tarfe (kanama, kan oturması) ve yarakanı (sarılığı) olanların gördüğü gibi görür.

İkincisi, bazıları rengini değiştirir; bazısı da yine doğal renginde olur (metakromatopsi). Belirtisi, hastanın gözünün önünde, o eczanın şeklinde ve renginde olan hayaller görünür.

Üçüncüsü, dimağa ulaşmış olan buharlar sebebiyle buharın gölgesi rutubet-i beyziyeye düşer (yansır). Buhar gelmeye başladığında, görme hali doğal haâinden dönüşerek tüm eşyaları kaplamış olan buharın rengi ne ise o renkte görür (diskromatopsi).

c) Yaşlık ve kuruluk keyfiyetinden ortaya çıkan göz sorunu:

Ya yaşlık (rutubet) ya da kuruluk (yubuset) sebebiyle göz normal hâlinden uzaklaşmıştır. Ancak, kuruluk sebebiyle itidalden uzaklaşmış göz, üç halden fazla değildir.

Birinci hal, tümü kurudur. Belirtisi, hastanın gözü küçücük olur. Asla görmez olur (ftizis bulbi).

İkinci hâl, bir kısmının rutubeti kurumuştur. Bu da iki türlüdür. Ya kuruluk eczası birleşiktir; ya da kuruluk eczası dağınık durumdadır. Bunun neticesi, galizlik neticesi gibi gözde ortaya çıkar. Ancak galizlikten farkı, bitişik vaziyetteki kuruluğu olan hastanın gözü küçücük ve uykusuz olur (enoftalmos). İtidalden uzaklaşmış ve galiz olan göz ise doğal halinden büyük ve dolgunca olur (egzoftalmos).

Rutubet-i beyziyenin rutubetinin çokluğu, büyüklüğü ve galizliğinin ilacı:

Bedeni ve dimağı temizleyip pak etsinler göze cila verici sürmeler ve çözücü ilaçlar çeksinler. Gözün küçüklüğü, kuruluğunun eksikliğinin ilacı, kuruluktan olan baş ağrıları ilacı gibidir. Rutubetini arttırıcı tedbirler almalıdırlar. En iyisini Allah bilir.



Resim 6



Resim 7

8. 2. RUTUBET-İ CELİDİYE (ÖN KAMARA SIVISI) VE ANKEBÛTİYEDE (KOROİDEADA) ORTAYA ÇIKAN HASTALIKLAR

Rutubet-i celidiyede olan hastalık on altıdır.
Sağında olan yok olma, solunda olan yok olma, üzerine uzanma, aşağıya uzanma, safraya dönüşme, sevdaya dönüşme, beyaza dönüşme, kızıla dönüşme, bağlanmak, hücûd (uykusuz kalma), küçülme, büyüme, kuruma, rutubetlenme, inkı'âd (bağlanma), teferraku'l-ittisâl (göz yapısını oluşturan hücrelerin farklılaşması, ur, tümör, şişlik, yara; displazi, neoplazi vb.).

Rutubet-i celidiyenin hastalıkları bunlardır. Rutubet-i celidiyenin hastalığı dört şekilde ortaya çıkar.

1) Celidiyenin yer değiştirmesiyle oluşan afetler (subluksasyon, luksasyon)

Bu da üç şekilde ortaya çıkar. Biri; bulunduğu yerden yok olup sağa veya sola doğru meyletmiştir. İkincisi; yukarı veya aşağı tarafa kaymıştır. Üçüncüsü; içeri doğru veya azıcık yukarı doğru kalkmıştır.

Celidiyenin sağ-sol veya aşağı-yukarı tarafa yönelmesinin sebebi: Asab-ı mücevvefenin (optik) sinirlerinin teşennüc (kasılma), imtilâ (doluluk) veya kuru olmasından dolayıdır. Ancak, aşağı yani içine gitmesinin sebebi, istifradan ve rutubetlerin çoğalıp tahlil olmasından dolayıdır. Dışarı doğru veya aşağıya doğru çekilmesinin sebebi, asab-ı mücevvefenin sinirlerinin istirhâ (tembelliği, gevşekliği) olmasıdır. Bu durumda celidiye sağa sola yönelirse, o kişinin gözü ahvel (şaşı) görünür. Bazen celidiyenin eczası yukarı veya aşağı tarafa yönelirse; bu durumdaki hasta nesneleri ikili görür (diplopi).

Eğer iki gözün de celidiyesi bulunduğu yerden uzaklaşmışsa, yani biri yukarı diğeri aşağı inmişse, ikili görür. Ne zaman celidiye inkisar olursa (bozulursa); göz, dimağî rutubetlerin tahlili sebebiyle ve kuruluk sebebiyle azalır ve göz dış tarafa doğru kayar, oturur. Fazla rutubetler sebebiyle ekhel (kara) gösterir. Şöyle ki uçsuz bucaksız bir denizde bulunan suyu kara gösterir. Suyun kenarına yakın olup kişinin bulunduğu yer de deniz hizasında bir yer olursa, bu durumda suyu beyaz, parlak ve saf görür.

İlacı:

Dolgunluk (imtilâ)tan olan teşennüc (kasılma) ve istirha (tembellik) ise rutubetleri nutûllar (bitki özleri), atûseler (enfiyeler) ile tahlil ettirsinler. Rutubetlerin fazla tahlil olmasıyla ortaya çıkan kuru teşennüc için ise, rutubet arttırıcı tedbirler almalıdır.

2) Celidiyede kemiyetle (nicelikle) oluşan afetler

Bu iki şekilde gerçekleşir. Büyükçe veya küçükçe ortaya çıkar. Büyüklüğünün sebebi, maddelerin çokluğundan olur. Küçüklüğünün sebebi de çok istifra neticesi kuruluk oluşması ve rutubetin azalmasından olur. Doğal şeklinden büyükçe olursa, görme yeteneği bozulur. Bir şeye baktığında nesneyi kendi kütlesinden daha küçük görür (mikropsi). Bunun sebebi, celidiye rutubetinin içeriğinin dağılmasından olur. Dağılma neticesi görme kuvveti dışarıya ulaşamaz olur. Küçükçe olduğunda, gözün görme yeteneği fazla güçlendiğinden, bakılan nesneyi kendi hacminden daha büyük görür (makropsi). Bundan dolayı, ruh-ı basıranın (görme) miktarı, onun hacmini mukayese etmekte fazla ve güçlü olur. Bu durumda olan ruh-ı bâsırada, tüm hastalıklardan bir tanesi ortaya çıkar. Bu iki türün belirtisi ve kullanılması gereken ilaç da bellidir.

3) Keyfiyetle (nitelikle) oluşan afetler

Bu da üç şekilde ortaya çıkar. Biri, celidiyenin rengi değişerek kara, kızıl, sarı veya beyaz olur. İkincisi, rutubeti fazla olur. Üçüncüsü, kuruluk fazla olur. Ancak, renginin değişmesinin sebebi, hıltların fazlalığındandır. Rutubet ve kuruluk fazlalığının sebebinden değişik yerlerde bahsetmiştik. Celidiyenin renginin değişmesi durumunda, kendi

Göz hastalıkları uzmanı, deontoloji ve tıp tarihi uzmanı, tarihçi, Osmanlı arşivcisi, Türkolog, kütüphaneci ve Arapça danışmanından oluşan bir ekip tarafından yaklaşık 30 aylık çalışma sonunda eser şu şekilde hazırlanmıştır:
A) Orijinal taranmış hali,
B) Transkripsiyonu (çevriyazı) ve
C) Göz hastalıkları uzmanı tarafından[4] hazırlanıp ekip üyeleriyle de danışılarak birlikte gözden geçirilen Türkçe metni kitap haline getirilmiştir.
Eser Nobel Tıp Kitabevi tarafından basılmış ve satışa sunulmuştur (Resim 8).

renginden başka bir renk ortaya çıkar. Bu tür hasta, baktığı nesneyi istila etmiş hıltın renginde görür. Rutubet istila etmiş göz dolgun olup gözyaşı sürekli akar. Kuruluk fazla olursa, rutubet-i beyziye (lens) donuklaşıp kalır. Bu sebeple görme yok olur. İlacı da zordur. Ancak celidiyenin renginin değişkenliğinin ilacı, rengini gözün görüşüne vermiş olan fazla hıltı, istifra ettirmektir. Ayrıca çözücü sürmeler kullanmaktır. Rutubet fazlalığı olan gözü, ayaric-i faykara ve kûkıyâ hapı ile istifra ettirip bedeni ve dimağı birkaç kere arıtmalıdır. Basalikun sürmesini çekmelidir. Kuruluk fazlalaşmışsa rutubet arttırıcı tedbirler alsınlar.

4) Teferraku'l-ittisâl (göz yapısını oluşturan hücrelerin farklılaşması, ur, tümör, şişlik, yara vb. displazi/neoplazi)

Bunun ilacı, kurûh (yaralar) ilacı gibidir. Ancak, celidiyede olan teferraku'l-ittisâl, gözde oluşan yaralardan daha zorludur. Çünkü tabiplerin bu hastalıkları his ile idrak etmesi mümkün değildir. Bazen tiz ve muhrik (yakıcı) madde sebebiyle ankebûtiye tabakasında teferraku'l-ittisâl ortaya çıkar. Bunun ilacı, gözün diğer hastalıklarından daha zorludur. İlaç kullanmaktan fayda uman kimse, o maddeyi istifra etme yolunu açan ilaçları bularak fayda sağlar.

Göz hastalıkları uzmanı, deontoloji ve tıp tarihi uzmanı, tarihçi, Osmanlı arşivcisi, Türkolog, kütüphaneci ve Arapça danışmanından oluşan bir ekip tarafından yaklaşık 30 aylık çalışma sonunda eser şu şekilde hazırlanmıştır:

A) Orijinal taranmış hali,
B) Transkripsiyonu (çevriyazı) ve
C) Göz hastalıkları uzmanı tarafından[4] hazırlanıp ekip üyeleriyle de danışılarak birlikte gözden geçirilen Türkçe metni kitap haline getirilmiştir.
Eser Nobel Tıp Kitabevi tarafından basılmış ve satışa sunulmuştur (Resim 8).



Resim 8

NOTLAR

1- Hem nörolojinin (sinir hastalıklarını inceleyen bilim) hem de oftalmolojinin (göz hastalıklarını inceleyen bilim) alt dalı olan bu bilim dalı, göze ait veya görsel belirtiler veren beyin hastalıklarını inceler.

2- Bir hastanın bir bütüne ait parçaları görüp adlandırabilir veya tanımlayabilirken bütünü adlandıramaması. Örneğin, bir hayvanın kulağını, kuyruğunu vb. görebilirken hayvanın kendisini tanımlayamaması, bir evin penceresini, kapısını, bacasını, dumanını adlandırabiliyorken evi adlandıramaması hali.

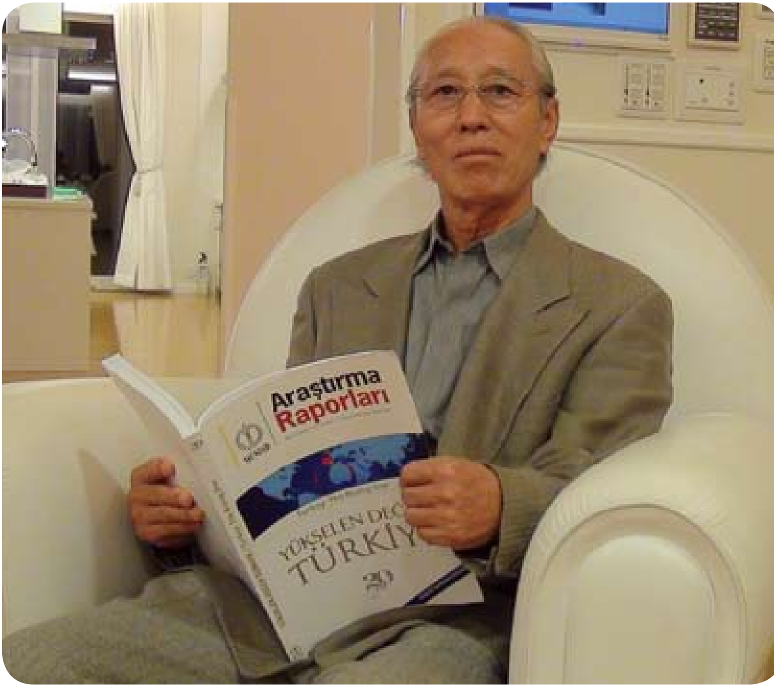
3- Orijinal metinde "altıdır" diye yazıyor; ancak beş madde sayılıyor.

4- Aradan geçen 500 yılda, doğaldır ki, tıp bilgileri ve terimleri büyük gelişmeler göstermiştir. Bu nedenle o zamanki bilgilerle tanımlanmış olan hastalıkları günümüz terimleriyle sunabilmek için, -aslına sadık kalmak ve bir ekleme yapmamak üzere- anlaşılırlığı ve bütünlüğü sağlamak için bazı notlar Göz Hastalıkları Uzmanı tarafından

Masamitsu Ishihara ile:

Japonya-Türkiye İlişkileri Hakkında

Söyleşi: Selahattin Esim



1941 yılında doğan Masamitsu Ishihara ilk olarak 1959 yılında aile şirketi olan Ishihara Makine Ltd. şirketinde görevine başladı. Aynı şirkette 1961 yılında yöneticiliğe terfi eden Ishihara, 1983 yılından 1991 yılına kadar da Supersoftware Ltd. Şti.'nin kurucu genel müdür olarak iş hayatına devam etti. 1994 yılında DIA Co. Ltd. ve Ishihara Commercial Ltd. şirketlerini kurup genel müdür olarak görev aldı. Bay Masamitsu Ishihara'nın şirketlerde nakit akışı, maliyet azaltma ve başarılı satış yöntemleri konuları üzerine kitapları vardır.

Başarılı Japon işadamlarından biri olan Sayın Masamitsu Ishihara ile, Türk-Japon ilişkileri ve ekonomik ilişkiler hakkında bir söyleşi gerçekleştirdik. İş yaşamı boyunca ürün geliştirme, personel eğitimi, maliyet azaltma eğitimi, kâr gelişme, gelişme rasyonalizasyon ve satış konulu alanlarda kariyer yapmış olan Ishihara Japonya'dan bakınca Türkiye'nin nasıl algılandığına dair önemli değerlendirmelerde bulundu.

Öncelikle şunu sormak istiyoruz: Şu anda Japonya'da Türkiye nasıl algılanıyor?

Türkiye hakkında çok olumlu bir görüş hâkim. Japonya olarak, iş olanaklarımızı arttırmamız için sizin gibi partner ülkelere ihtiyacımız var. Bu ilişkiler karşılıklı olarak dengeli menfaatler üzerine kurulu olmalıdır. Şu anda hangi ülkelerin büyüme gösterdiklerine bakmamız gerekiyor. Bu ülkelerle yapılan ticaretin kapasitesini arttırmamız lazım. Türkiye'nin, bu ülkelerden birisi olduğuna inanıyorum. Türkiye hakkındaki olumlu izlenimlerimiz tarihi bir süreçte oluşmuştur. Örneğin Hindistan hakkında bu derece olumlu düşüncelere sahip değiliz. Bugün, Türkiye'nin Japonya'ya ihraç edeceği birçok ürün var ve aynı şekilde, Japonya zaten Türkiye'ye ihracat yapıyor. Bu ticarette dengenin sağlanması için, kanaatimce Türkiye lehine bir artış olmalıdır.

Bu ülkeler arasındaki ticareti arttırmak için yapılması gerekenler nelerdir? Bu zamana kadar eksik bırakılan ne vardı?

Japonya son 30-40 yıl hep kalkınmış ülkelerle işbirliği yapmaya öncelik verdi. Fakat artık büyüme gösteren ve istikbal



Bugün, Türkiye'nin Japonya'ya ihraç edeceği birçok ürün var ve aynı şekilde, Japonya zaten Türkiye'ye ihracat yapıyor. Bu ticarette dengenin sağlanması için, kanaatimce Türkiye lehine bir artış olmalıdır.

vaat eden ülkelerle çalışmamız lazım. Gelecek çok daha değişik olacak. Bizim, kalkınan ülkelerle işbirliği yapma tecrübemiz eksik. Afrika gibi az gelişmiş ülkeler dahi gelecekte kalkınmış olacaklar. Türkiye gibi anlaşılması ve iletişim kurulması kolay olan bir ülke ile çok daha yakın işbirlikleri olması gerektiğini düşünüyorum. Türklerin ürettiği ürünlerin artık daha kaliteli olduğunu biliyoruz. Türkler de kaliteli ve göze hoş gelen ürünler üretebildiklerini artık ispatladılar. Türk firmalarının Japonya'ya gelmelerini kolaylaştırmamız gerekir. Japonya pazarına girmek elbette çok kolay değil. Şu anda burada iş yapan birçok Türk firması var, ama bunlar bence yeterli değil. Bu firmaların artmasını sağlamak için çalışma yapılmalı. Burada Japonya'ya da görev düşmekte: Türk firmalarına kolaylık sağlayan bir Japonya kendisine de yardım etmiş olacaktır. Birden fazla olanağın üretilmesi ve Türk firmalarının pazara daha rahat girmelerinin sağlanması gerekir. Bir malı ararken hep Çin tarafına bakmamamız lazım.

Japonya ve Türkiye arasındaki ticaret olanaklarının en iyi şekilde kullanıldığını düşünüyor musunuz?

Türk firmalarının direkt olarak Japonya'da iç talebi oluşturan firmalarla temasa geçmesi gerekir. Buradaki dağıtım ağında, birçok firmanın olması fiyatın otomatikman artmasına neden olduğu için, bu konuda çaba sarf edilmesi gerekir. Bence en büyük eksiğiniz budur. Japonya'nın hızla gelişen Çin tehdidi karşısında Türkiye gibi hızlı gelişen ülkelerle işbirliği potansiyelini tam olarak değerlendirebildiğini düşünmüyorum. Bizim firmalarımız, hep büyük holdinglerle işbirliği yapmayı sevdikleri için küçük ve orta ölçekli şirketlerle yapılacak ticaretin potansiyelini göremeyebilirler.

Türk firmalarına, Japon pazarına girmeleri için hangi tavsiyelerde bulunabilirsiniz?

Genellikle iç piyasada son kullanıcılara ürünü götüren firmalardan önce 3-5 firmanın arada olmasının fiyatı otomatikman yükselteceğini söylemek için herhalde kâhin olmak gerekmez. İç talebi karşılayan firmalara ulaşamadığınız için ihracatınız artmıyor olabilir. Genellikle dış ülkelerde ofisi olan büyük dış ticaret şirketleri ile iş yapma olanağınız çok düşüktür. Onları aşmanız gerekir. Artık Japonya, fiyat unsurunun çok önemli olduğu bir ekonomiye sahip. Yüksek fiyatların geçerli olduğu dönemler artık geçmişte kaldı. Eğer ürün iyiyse ve fiyatı da uygunsa Japon pazarında çabuk kabul görüyor. Söz konusu firmalar, sizin ürünlerinizin iyi olduğuna ve ürünleri sağlamakta süreklilik sağlayabileceğinize inanırlarsa hemen kabul görürsünüz. Ürünlerin lojistik desteği ve pazarın büyük olmasından dolayı talebin karşılanmasındaki süreklilik çok önemli bir problemdir: Önce bunu çözüp ondan sonra Japon firmalarla temasa geçilmesi, görüşmelere çok büyük bir ivme kazandırır.



Japonya'daki alıcılara doğrudan ulaşarak firmaların ihtiyaçlarını saptamaları ve edindikleri bilgileri Türk firmaları ile paylaşmaları gerekir. Bürokrasi çarkının minimum seviyede çalışması gereken bu sistemde bir ülke için, sektörel konularda uzmanlaşmış en az 4-5 ataşenin eğitilip görevlendirilmesi ticaret kapasitenizi inanılmaz şekilde arttıracaktır. Bürokratik kanallar, doğru pazar bilgisine ulaşmada zayıf kalabilir,böyle olunca hep yanıltıcı bilgi alırsınız.

Eğer ürün iyiyse ve fiyatı da uygunsa Japon pazarında çabuk kabul görüyor. Söz konusu firmalar, sizin ürünlerinizin iyi olduğuna ve ürünleri sağlamakta süreklilik sağlayabileceğinize inanırlarsa hemen kabul görürsünüz. Ürünlerin lojistik desteği ve pazarın büyük olmasından dolayı talebin karşılanmasındaki süreklilik çok önemli bir problemdir: Önce bunu çözüp ondan sonra Japon firmalarla temasa geçilmesi, görüşmelere çok büyük bir ivme kazandırır.

Türkiye'yi yöneten siyasi liderler hakkında ne düşünüyorsunuz? Başarılı olduklarına inanıyor musunuz? Japonya ile dış ticaretin artması için bir öneriniz var mı?

Evet, başarılı olduklarını düşünüyorum. Türkiye'nin, özellikle ABD'nin iyi ve güvenilir bir müttefiki olduğunu ve diğer ülkelere de sorunlarını çözmekte başarılı bir şekilde yardımcı olduğunu görmekteyiz. Son dönemde yürütülen dış siyaset, Türkiye'nin konumunu güçlendiriyor. Ancak, Dışişleri Bakanlığının, bünyesinde uzmanlaşmış ticaret ataşelerini görevlendirmesi gerektiğine inanıyorum. Bu ataşelerin bir işadamı mantığıyla hareket edip

Sizce, Japonya'da en çok hangi sektörel ürünlerin başarılı olma şansı var?

Örnek olarak söylemek gerekirse, ayakkabı sektörünün çok şansı olduğunu düşünüyorum. Mesela, İspanya menşeli ayakkabıların çok kaliteli olmadığını gördük: Japon halkı bu ülkede aradığı kaliteyi bulamadı. Türk firmalarının bu konuda çok başarılı olduklarını biliyorum. Deri ve tekstil ürünlerinin özellikle son yıllarda gelişen tasarımları ile Japon halkının ilgisini çekeceğini düşünüyorum. Bunun yanı sıra, organik tarım konusunda çok hızlı gelişen bir pazar var. Çin'den ithal edilen gıda ürünleriyle ilgili büyük bir memnuniyetsizlik var. Ürünlerde kullanılan kimyasal gübreler, insanlarımızı sağlık problemleri ile karşı karşıya getirdi. Japon halkının güvenini bir kere kaybettiniz mi onu bir daha telafi etmeniz çok zordur.

Ürünlerin fiyatları uygun olursa başarı şansı çok daha büyük olacaktır. Aradaki mesafenin fazla olması, Türk ürünlerinin ihracatında olumsuz bir rol oynayabilir. Buraya ihracat yaparken oluşan talebin karşılanmasındaki sürekliliğin sekteye uğramaması için özel lojistik formüller üretilmesi gerekir. Direkt uçuşların artması, belki bu dezavantajları ortadan kaldıracaktır. Öyle zannediyorum ki karşılıklı uçuşların sayısı yeterli değil. Fiyatların çok uygun olduğu

durumlarda, kalitenin çok yüksek değil ama kabul edilebilir olması gerekiyor; bu çok önemli bir stratejidir. Gıda ürünlerinizin büyük bir pazar olan Japonya'ya girmekteki en büyük engeli karantina olabilir, fakat Japonya da eskisi kadar katı değil bu konuda. Çünkü bizim de kendimizi besleyen alternatif kaynaklara ihtiyacımız var. Tabii Japon tarım sektörünün rekabet etmesi gereken ürünlere karşı olan baskısını da unutmamak gerekir. Bu tür ürünlerle rekabet edemeyeceğiniz için hiç uğraşmamanız daha doğru olur gibime geliyor.

Japonya'da her ürünün 100 yene satıldığı mağazaların artmasını neye bağlıyorsunuz?

Bu, söylediğim şeyleri doğrulayan bir sistem. Mağazadaki her şeyin fiyatı 100 yen ve kabul edilebilir kalitede ürünler çok düşük fiyatla Japon halkına sunuluyor. Bu formül çok başarılı oldu ve her geçen gün bu tür mağazaların sayısı artıyor. İnsanlar artık bir ürüne fazla para ödemek istemiyorlar. Bunu anlamak lazım.

Çin hakkında ne düşünüyorsunuz?

Japon halkı Çin mallarını fiyatı çok düşük olduğu için satın alıyor, fakat çok memnun değiller. Kafalarında hep bir kalite sorgusu var. Üretilen ürünlerin kalitesi Japonya'da hep sorgulanır. Kaliteli bir malınız varsa, hiç durmayın ve Japonya'ya gelin; bu pazarda rahatlıkla o ürünü satabilirsiniz. Avrupa ve ABD menşeli ürünler hakkında Japon halkının kafasında daha kaliteli oldukları yönünde bir olgu var. Mesela Türk ürünlerinin Çin mallarından çok daha kaliteli olduğu, Avrupa kalitesine yakın olduğu ve daha uygun fiyata sahip olduğu düşünülüyor. Bu, sizin için çok olumlu bir durum. Bunu bozmamanız lazım. Örneğin, Çin'den gelen sebzeler satın alınırken çok dikkat ediliyor. Bu arada, Çin de kaliteyi arttırmak için çalışıyor ve durmuyor. Eğer Çin kısa zamanda beklenen kaliteyi sağlarsa Japon halkı gönül rahatlığı ile bu ürünleri satın alma yoluna gidecektir. "Kalite" hayatın her aşamasına girdiği için Japonya'nın şimdiki sorununun, kaliteli ürünleri daha uygun fiyata bulmak olduğunu rahatlıkla söyleyebiliriz.

Türk ürünlerinin Çin mallarından çok daha kaliteli olduğu, Avrupa kalitesine yakın olduğu ve daha uygun fiyata sahip olduğu düşünülüyor. Bu, sizin için çok olumlu bir durum. Bunu bozmamanız lazım. Örneğin, Çin'den gelen sebzeler satın alınırken çok dikkat ediliyor. Bu arada, Çin de kaliteyi arttırmak için çalışıyor ve durmuyor. Eğer Çin kısa zamanda beklenen kaliteyi sağlarsa Japon halkı gönül rahatlığı ile bu ürünleri satın alma yoluna gidecektir. "Kalite" hayatın her aşamasına girdiği için Japonya'nın şimdiki sorununun, kaliteli ürünleri daha uygun fiyata bulmak olduğunu rahatlıkla söyleyebiliriz.



Ahmet Ağırman'la Şöyleşi:

İstanbul'da Planlı ve Sağlıklı Kentleşmenin Adı: Boğaziçi İnşaat Müşavirlik Anonim Şirketi

Söyleşi: Serkan Samsa-Abdullah Serenli

İstanbul, kıtaların ve kültürlerin buluşma noktasında kurulmuş ve üç imparatorluğa başkentlik yapmıştır. Tarihinin her döneminde bir "dünya şehri" olmuş, siyasi, iktisadi ve kültürel bir merkez olma niteliğini korumuştur. Bu müstesna şehir bugün de dünyanın en büyük ve en önemli metropollerinden birisi konumundadır. Bu şehre sahip çıkmak, onu korumak ve geleceğe taşımak tüm İstanbulluların ortak sorumluluğudur. İstanbul Büyükşehir Belediyesi iştiraklerinden BİMTAŞ, bu sorumluluk duygusu ile İstanbul'un tarihi mirasını tespit ile onu koruma ve yeni bir çehre kazandırma çalışmalarını sürdürmektedir. BİMTAŞ Genel Müdürü Sayın Ahmet Ağırman bizi kırmadı ve kendisiyle hoş ve bilgilendirici bir söyleşi yaptık.



BİMTAŞ Genel Müdürü Sayın Ahmet Ağırman



Öncelikle BiMTAŞ'tan bahsedebilir misiniz?

Boğaziçi Peyzaj İnşaat Müşavirlik Teknik Hizmetler Sanayi A.Ş. yani BİMTAŞ, 1997 yılında kurulan İstanbul Büyükşehir Belediyesi'ne bağlı iştirak şirketlerinden biri. Modern şehircilik için gerekli her türlü planlama ve yatırım çalışmasını en son teknoloji ve tecrübeyle gerçekleştirmek amacıyla kurulmuş bir şirket. Mega kent İstanbul'un çehresini değiştirecek pek çok projelerin altında imzamız bulunmaktadır.

1997 yıllarında İBB'nin mühendislik, müşavirlik gibi noktalarında ciddi eksiklikleri vardı. Projeler daha çok dışarda piyasada yapıldığı için beklentileri karşılamıyordu ve maliyette yüksekti. İşte bu açığı kapatmak, belediyenin yaptığı yatırımları denetlemek ve projelerini incelemek gerekiyordu. BİMTAŞ kuruldu ve bu sıkıntılara çözüm bulundu.

1999 yılında meydana gelen depremden sonra da BİMTAŞ olarak Büyükşehir Belediyesi'nin deprem noktasında açık olan ayağını kapatmasında da onemli bir rol üstlendik. O depreme kadar Türkiye'de hiçbir belediyede depremle ilgili bir birim yoktu. Sadece İBB'de böyle bir birim vardı ama hiçbirimiz de bu konuda bilinçli değildik. Aniden böyle bir ihtiyaç çıkınca, Büyükşehir Belediyesi'nin de resmi, bürokratik noktalarda o yapısını çok büyütmesi, ihtiyaca cevap vermesi çok mümkün olmadığından biz bu noktada görevi

üstlendik. İstanbul'daki en büyük deprem laboratuvarından biriyiz.

Ahmet Bey biraz da kendinizden bahseder misiniz?

1961 Erzurum doğumluyum. İnşaat mühendisiyim. Risk yönetimi konusunda master yaptım. 1997'de BİMTAŞ kurulduğu andan beri burada çalışıyorum. Önce mühendis olarak başladım, sonra koordinatör oldum. 1999 depreminde Büyükşehir Belediyesi'nin kurduğu kriz masasında, hasar tespit komisyon başkanı olarak çalıştım. O dönemde oluşturduğumuz ekiple İstanbul'da 120 bin civarındaki binanın ücretsiz olarak, vatandaşa hizmet için kontrolünü yaptık. Güvenilir mi, oturulabilir mi noktasında. Daha sonra Afet Koordinasyon Merkezi'nin kuruluşunda görev aldım. İstanbul Deprem Master Planı hazırlanışı sürecinde, o planla ilgilendim. Deprem Master Planı tamamlandıktan sonra, ilk pilot uygulama Zeytinburnu'nda yapıldı. İstanbul Büyükşehir Belediyesi ihale etti. İhaleyi BİMTAŞ aldı. O projenin, proje müdürlüğünü yaptım. Bunun ardından Fatih ve Küçükçekmece'de, deprem master planının uygulamaları yapıldı. O iki projenin de, yürütücülüğünü ve müdürlüğünü ben yaptım. 12 Kasım 2007 tarihinde, eski genel müdürümüzün emekli oluşu ile genel müdürlük görevine getirildim.



BİMTAŞ'ın faaliyet alanları nelerdir?

Çağdaş, tecrübeli, birikimli, güvenilir ve saygın bir vizyon ortaya koyan şirketimiz, şehircilik, planlama, kentsel tasarım, kültürel miras yönetimi, kentsel yenileme, coğrafi bilgi sistemleri, uzaktan algılama uygulamaları yapmakta ve laboratuvar hizmetleri vermektedir. BİMTAŞ, planlı ve sağlıklı kentleşmenin gereği olan alt ve üst yapı yatırımlarının gerçekleşmesi için, modern şehirleşmeye yönelik mühendisliğin her aşamasında çalışmaktadır. Başta İstanbul Büyükşehir Belediyesi ve iştirakleri olmak üzere; yerel yönetimlerin, özel sektörün ve yurtdışından gelecek hizmet taleplerini karşılamaktadır.

1997 yıllarında İBB'nin mühendislik, müşavirlik gibi noktalarında ciddi eksiklikleri vardı. Projeler daha çok dışarda piyasada yapıldığı için beklentileri karşılamıyordu ve maliyette yüksekti. İşte bu açığı kapatmak, belediyenin yaptığı yatırımları denetlemek ve projelerini incelemek gerekiyordu. BİMTAŞ kuruldu ve bu sıkıntılara çözüm bulundu.

Bu faaliyetler hakkında bizi kısaca bilgilendirebilir misiniz?

Faaliyet ve projelerimiz hakkında kültürel değerlerimizi korumak amacıyla yaptğımız projelerimizi 3D lazer tarama teknolojisinden faydalanarak yaptık. Belediye Başkanımız Kadir Topbaş'ın özel ilgisiyle şirketimiz bünyesinde kurulan İstanbul Metropolitan Planlama Merkezi, bir süredir 3D Modelleme adı verilen bir sistemle İstanbul'un pek çok yerindeki tarihi yapıları, mahalleleri bire bir kopyalıyor. Bu alanda dünyada tekiz. Bizden başka bu boyutta kopyalama yapan başka bir kuruluş yok. Kullandığımız araç ve yazılım



lar saniyede 500 bin noktayı okuyarak kopyalama yapıyor. Süleymaniye Camii ve çevresiyle başladığımız çalışmayı bütün tarihi yarımadaya yaydık. Fatih ve Eminönü'nü birebir olarak kopyaladık. Kopyalamadan elde edilen verilerle bir veri tabanı oluşturuldu ve Süleymaniye Cami günün birinde yıkılsa bile en ince detayına kadar yeniden yapabilecek veriye sahibiz. Amacımız bu çalışmayı tüm İstanbul'da uygulamak.

Bizim kullandığımız 3D Modelleme 100 metrelik bir alanda 1 milimetrelik hatayla çalışan bir sistem. Önce saatte 10-20 kilometre hızla giden bir araca lazer tarama aletlerini yerleştirerek alanların kopyalama işlemini gerçekleştiriyorduk. Bu aletler tıpkı kamera gibi mekânlardan görüntü alan bir sistem. Buralardan aldığımız görüntüleri yazılımı bize ait olan bir programa aktararak üç boyutlu bir şekilde modelliyoruz. Modellemelerde her türlü detay kaydediliyor ve saklanıyor. Geçmişte aracın üzerine yerleştirdiğimiz aletleri şimdi geliştirdik. Artık helikopterlere monte edilen tarama araçlarıyla havadan kopyalama yapabiliyoruz. Bu yöntemle tüm İstanbul'u kayıt altına alacağız.

Bu Teknolojiyi kullanarak başka hangi projeleri gerçekleştirdiniz?

Yurtiçinde yaptığımız projelerden örnek vermek gerekirse; Artuklu'nun 300 yıl hükümdarlığını sürdüğü bir şehrimiz olan Mardin Projesin, 3 km uzunluğunda 1. Cadde ve çarşıların rölöve iyileştirme projeleri, Arkeoloji Müzesi, Abdullah Ağa Konağı gibi tarihi ve kültürel değerlerimizin koruma altına alınması hizmetlerini kapsamaktadır.

Bir diğer projemiz ise, Trabzon ilimizde yaptığımız, Trabzon Ortahisar Suriçi Bölgesi yenileme alanı avan proje çalışmasıdır. Trabzon ili, Merkez ilçesi Ortahisar, Pazarkapı ve Gülbahar Hatun Mahallelerini kapsayan yaklaşık 190.360 m2 yüzölçümlü yenileme alanı dahilinde kalan yapıların, bölgenin gelişimine uygun az katlı olarak yeniden inşa edilmesi ve eski eserlerin restorasyonlarının yapılması hedeflenmektedir. Ayrıca, Trabzon'da eski şehir surları ile çevrelenmiş ve içinde pek çok anıtsal ve sivil mimari örneği barındıran yenileme alanı dahilinde, tarihsel dokuya uyum sağlamayan fiziki yapılaşmaların ve fonksiyonların tespiti yapılarak, medeni ve yaşanabilir bir kent dokusu haline dönüştürülmesinin sağlanmasına ilişkin proje çalışmalarını gerçekleştirecektir.

Yurtdışında ise, Bosna Hersek Mostar kentinin 570 yıllık tarihinin 1908'e kadar ki 525 yılı Türk egemenliğin de geçmiş Müslüman kasabasının son teknoloji 3D lazer teknolojisi ile taranması işinde de BİMTAŞ'ın imzası bulunmaktadır. Oradaki amaç ise; UNESCO'nun belirlediği tarihi Osmanlı kent merkezi master planının uygulanmasıdır.

Mostar eski kent dokusunun olduğu caddelerin ve sokakların taranması ve projelendirilmesi, verilerin güncellenmesi, CIS ortamına aktarımı, tarihi kent merkezinin 3D modellenmesi (kent modellemesi) analizleri takiben seçenekler ve çözümler üretilmesi, ayrıca 33 adet anıtsal yapı katı modellenmesi, 300 km uzunluğunda cadde ve sokak 3D taramasıyla rölöve çizimleri gerçekleştirilmiştir.

Bu kapsamda ortak yürüttüğümüz projelerimizde var. T.C. Başbakanlık Türk İşbirliği ve Kalkınma İdaresi Başkanlığı'nca yurtdışındaki taşınmaz kültür varlıklarımızın korunması ve yaşatılması için yürütülen çalışma kapsamında Sudan'da eski eser proje çalışmaları yapılmaktadır. Sudan Hükümeti Suakin Adası'nda Osmanlı döneminden kalan yapıların rölöve, restorasyon ve restitüsyon projesi çalışmaları Balkanlarda bulunan Osmanlı eserlerine ait proje çalışmalarında BİMTAŞ ve TİKA ortak çalışmalar yapmaktadır.

Bu lazer tarama teknolojisi bazı iletişim kaynaklarında yayınlandı. Sizce bu teknolojinin önemi nedir?

İstanbul, 8 bin yıl öncesinde de var olan bir yer. 8 bin yıl öncesine ait, toprak altında bile olsa bir mirasımız var. 300-400 yıllık bir şehre gidiyorsunuz, örneğin St. Petersburg, görüyorsunuz ki o şehre insanları çeken, oradaki 300-400 yıl önceki yapılar ve bunların korunmuş olması. Başka bir özelliği olmayan da bir yer. Bakıyorsunuz, bizim 8 bin yıllık bir tarihimiz var ama bizim şehrimize o kadar turist gelmiyor. Koruyamamışız, sergileyememişiz, ortaya koyamamışız.

Tarihi yarımadayı yaptık bitirdik. Lazer teknolojisiyle yapmış olduğumuz çalışmaları, diğer noktalara da taşıyalım istedik. Biz Bakü'de bakanlığa, bizzat bakanın katıldığı ortamda bir sunum yaptık ve ağızları açık kaldı. Öyle bir yapı oluşturmuşuz ki burada, dünyada lazer tarama yöntemiyle tarama yapan firmalar var. Avrupa'da, Rusya'da, İtalya'da, Amerika'da, Kanada'da... Fakat o taradıkları veriyi çizime dönüştüren, rölöveleştiren BİMTAŞ'tan başka dünyada bizim gibi bir kurum yok. Çünkü yazılımlar tamamen bizim kendi yazılımlarımızdır.

Çağdaş, tecrübeli, birikimli, güvenilir ve saygın bir vizyon ortaya koyan şirketimiz, şehircilik, planlama, kentsel tasarım, kültürel miras yönetimi, kentsel yenileme, coğrafi bilgi sistemleri, uzaktan algılama uygulamaları yapmakta ve laboratuvar hizmetleri vermektedir. BİMTAŞ, planlı ve sağlıklı kentleşmenin gereği olan alt ve üst yapı yatırımlarının gerçekleşmesi için, modern şehirleşmeye yönelik mühendisliğin her aşamasında çalışmaktadır.

Biraz da kentsel dönüşüm projelerinizden bahsedebilir misiniz… Bugüne kadar hangi projeleri gerçekleştirdiniz? Projeler şu sıralar ne düzeyde?

Şehir planlama ve kentsel dönüşüm projelerinde 300 aşkın uzman personelimiz ve çeşitli üniversitelerde 100'e yakın öğretim üyesinin danışmanlığında bilimsel yöntemlerle çalışmalar yapılmaktadır. Ekibimiz 1/100.000 ölçekli İstanbul İl Bütünü Çevre Düzeni Planı ile 1/25.000 ölçekli İstanbul Metropoliten Nazım Planı çalışmalarına devam etmektedir.

Ayrıca, 1/5000 ölçekli çalışmaları İMP bünyesinde başlatılmış olan özel alan projelerinin değerlendirilmesi ve gerektiğinde bu çalışmaların üst ölçekte geliştirilen kararlar çerçevesine uyarlanması ile yerleşik alanlardaki sorunların çözümünün öncelikle ele alınarak, sosyo-kültürel ve ekonomik boyutları içermek üzere buraların kapsamlı bir 'kentsel dönüşüm' anlayışıyla yönlendirilmesi de Metropoliten Planlama Grubu'nun sorumluluğunda yürütülmektedir.

Deprem odaklı kentsel dönüşüm planlarına temel olacak şekilde bölgede doğal yapı analizleri, bina- parsel düzeyinde analizler, altyapı, demografik yapı, ekonomik yapı gibi kriterler göz önüne alınarak, elde edilen sonuçlar, sentez senaryoları haline dönüştürülmektedir. Zeytinburnu projemizle 16.000 bina tek tek incelenmiş ve tasnif edilmiştir. Zeytinburnu'nun altyapısı değerlendirilmiş, güçlendirme, iyileştirme modelleri oluşturulmuştur. Zeytinburnu'nun tarihi, kültürel ve doğal mirasını korumak ve iyileştirmek, dayanıklı, güvenli, yaşanabilir kentsel mekânlar oluşturmak amacıyla hayata geçirilen projede, yapılan araştırmalar sonucu 2295 binanın yüksek riskli olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca Fatih İlçesi deprem odaklı dönüşüm projesi, Fatih ilçesindeki 32.000 binanın deprem güvenlikleri kademeli tarama yöntemleriyle incelenmesi, anıt eserler ile tescilli yapıların fotogrametrik rölöveleri çıkartılması ve güçlendirme örnekleri hazırlanarak deprem odaklı kentsel dönüşüm planlarına esas olacak doğal yapı analizleri, bina-parsel-ada düzeyinde analizler, altyapı ve analizleri, demografik yapı, ekonomik yapı, yaşam kali-



tesi, idari-yasal ve mali analizleri yapılarak sonuçlar sentez senaryoları haline dönüştürülmesi işlerini yaptık. Projenin son safhasında halkla iletişimi sağlanıp mahalle irtibat büroları ile proje halka arz edilerek ve sürdürülebilir, yaşanabilir ve uygulanabilir dönüşüm modelinin hayata geçirilmesinde kullanılmak proje tamamlanmıştır.

Küçükçekmece Kentsel Yenileme Projesi'nde ise Küçükçekmece ilçesinde yüksek deprem riski içeren 7 alt bölge için kentsel tasarım projeleri hazırlanmıştır. Proje kapsamında üst ölçek analiz ve sentez çalışmalarından sonra proje alanlarının sağlıklı, düzenli ve yaşam kalitesi yüksek kentsel mekânlara dönüşümünü sağlamak amacıyla kentsel tasarım önerileri geliştirilmiştir. 53.374 bina ile 46 tescilli yapı mühendislik değerlendirmesine tabi tutulmuştur. Çalışmalar ODTÜ Danışmanlığı'nda Kademeli Değerlendirme Yöntemiyle yapılmaktadır. Mühendislik Değerlendirmesine yönelik saha çalışmaları tamamlanmış olup söz konusu depremde çok yüksek risk taşıyan binalar belirlenmiştir. Bu binalar arasından seçilen belli sayıdaki binalardan mühendislik çalışmaları detaylandırılıp tipik güçlendirme önerileri sunulmuştur.

Bayrampaşa, Güngören ve Bahçelievler ilçelerinde bulunan yaklaşık 70.000 bina arazide incelenmiştir. Bu kapsamda her bir binanın içine girmek suretiyle kimlik ve teknik bilgileri "Veri Derleme Formlarına" işlenmiştir. Tüm binaların görünen cephelerinden fotoğrafları da çekilmiştir. Araziden alınan tüm verilerle birlikte bina fotoğrafları veri tabanına işlenmiştir. Bu veriler ODTÜ danışmanlığında değerlendirilerek ilçedeki binaların tahmini deprem performansları belirlenmiştir. Üç ilçeye ait teknik altyapı verileri ve zemin verilerinin güncellenmesi ve veri tabanına girişleri tamamlanmıştır. Üç ilçeye ait mühendislik sonuçları paftalara işlenmiştir.

Bilindiği üzere BİMTAŞ'ın kalite kontrol laboratuvarı da var…

Kalite kontrol laboratuvarımız 1997 yılından günümüze hizmet ve kalitesini sürekli arttırarak asfalt, toprak, beton, agrega, demir ve depreme karşı bina inceleme konularında; beton ve demir mukavemet testleri, zemin etüdleri, güçlendirme projeleri ve bina ön inceleme hizmetleri veriyor. Laboratuvarımız Bayındırlık Bakanlığı onaylı ve TS EN ISO/IEC 17025 "Deney ve kalibrasyon laboratuarlarının yeterliliği" standartlarına göre kurulmuş olup faaliyetlerine devam etmektedir.

Ayrıca şirketimizin kalite politikası anlayışı, numune alınmasından raporlanması aşamasına kadar herhangi bir kişi, kurum veya kuruluşun etkisi altında kalmadan tarafsız, doğru ve standartlara uygun şekilde hizmet vermek; müşterilerimizin ihtiyaçlarını karşılamak ve onları memnun etmek ilkesini gütmektedir. Çalışanlarımızın etkin katılımıyla, en yeni teknolojilere uygun cihazlar ile son standartlara uygunluk ve güvenilir olmak bilinciyle sürekli ve kaliteli hizmet vermeyi prensip edindik.

Kalite kontrol laboratuvarımız 1997 yılından günümüze hizmet ve kalitesini sürekli arttırarak asfalt, toprak, beton, agrega, demir ve depreme karşı bina inceleme konularında; beton ve demir mukavemet testleri, zemin etüdleri, güçlendirme projeleri ve bina ön inceleme hizmetleri veriyor. Laboratuvarımız Bayındırlık Bakanlığı onaylı ve TS EN ISO/IEC 17025 "Deney ve kalibrasyon laboratuvarlarının yeterliliği" standartlarına göre kurulmuş olup faaliyetlerine devam etmektedir.

Laboratuvar olarak bizler İstanbul Büyükşehir Belediyesi iştiraki olan şirketimiz BİMTAŞ'ın isminin ve anlayışının bilincinde olarak işlemlerimizi gerçekleştirmekteyiz. İş konularımızda azami dikkat göstererek ve hiçbir şart ile etki altında kalmayarak ve sadece kâr amacı gütmeden faaliyetlerimizi sürdürmekteyiz. Bu özelliğimizden dolayı kuruluşumuzdan bugüne faaliyet alanlarımızda haklı bir başarı elde ederek ismimizi sürdürmekteyiz. Sık sık deprem yaşanan ülkemizde bina güvenliği ve dayanıklılığı hayati öneme sahiptir.

Son olarak önerileriniz nelerdir?

Türkiye'de en büyük problem plansızlıktır. Bunu, üstüne basa basa söylüyorum. Ciddi manada, bir ilin, bir ilçenin onunu görecek 20 yıllık, 30 yıllık planlarımız yok. Yapılan planlamalarda sadece, fiziki ve doğal yapımızı dikkate alıyoruz. Buraya park yapalım, buraya bina yapalım şeklinde… Planlamada sadece fiziki şartlar geçerli Türkiye'de… Benim ilçem gelişsin, ekonomik ve kültürel olarak güçlensin mantığıyla plan yapılmıyor. Türkiye'de bu mantıkla planlamayı ilk defa İstanbul Büyükşehir Belediyesi, BİMTAŞ İMP adıyla yaptı. Bu tecrübelerimiz, bu birikimimizi biz Türkiye'nin her tarafında açabiliriz. Şirket olarak, şehrimiz için "365 gün, 24 saat" prensibi ile çalışmaya ve İstanbullulara hizmet vermeye devam ediyoruz.

Beşler Grup'ta Hedef, Kaliteli Ürünlerle Her Alanda Liderlik

Yazı: Veli Can Yolseven



Gıda sektöründe 1960'lı yıllardan bu yana faaliyet gösteren Beşler Grup şirketleri; un, makarna, bakliyat ve sıvı yağ imalatında yüksek potansiyel ve üstün kaliteye ulaşarak, kendi alanlarında Türkiye'nin en başarılı firmaları arasına girdiler.

1960'lı yıllarda sadece gıda toptancılığı yapan Çakmak ailesi, bugün gıdanın temel sektörlerinde faaliyet gösteren ve bünyesinde 1000'e yakın personel çalıştıran dev bir gruba dönüştü. Modern teknolojiye yapılan yatırım ve kaliteye verilen önem sayesinde büyük bir üretim potansiyeline ulaşan grubun en önemli ihracat pazarlarını Ortadoğu, Asya ve Avrupa ülkeleri oluşturuyor.

Beşler Un Liderliğini Sürdürüyor

1993 yılında kurulan ve grubun ilk sanayi yatırımı olan Beşler Un, 2000 yılından itibaren İstanbul Sanayi Odası tarafından hazırlanan "İlk 500 Sanayi Kuruluşu" ve ayrıca Türkiye İhracatçılar Meclisi'nce hazırlanan "1000 İhracatçı Firma" listelerine girmeyi başarıyor.

45.000 m2 alan üzerinde kurulu tesislerinde ürettiği unu 50 ve 25 kg'lık çuvalların yanı sıra 1, 2, 5 ve 10 kg'lık özel ambalajlarda paketleyerek Türkiye çapındaki birçok satış noktasında tüketicilerin beğenisine sunulan Beşler Un'da; Tip 550, Tip 650, Tip 850 ve özel amaçlı, pastalık, böreklik, baklavalık, kadayıflık, tandırlık ve tatlılık un üretimi gerçekleştiriliyor. Günlük 2100 ton kapasitesi ile kendi alanında Türkiye, Ortadoğu ve Balkanlar'ın en büyük fabrikası olan Beşler Un, Birleşmiş Milletler'in resmi tedarikçisi olma özelliği taşıyor.

Grubun amiral gemisi olan Beşler Un, Türkiye'nin un ihracatının % 15'ini tek başına gerçekleştirerek ülkeye milyonlarca dolarlık döviz kazandırıyor. Üç yıl üst üste ihracatını % 100'ün üzerinde arttırarak ülkeye ciddi oranda döviz girdisi sağladığı için Dış Ticaret Müsteşarlığı tarafından verilen "İhracat Performansı Ödülü"ne de layık görülen Beşler Un'da hedef başarıları kalıcı hale getirmek olarak açıklandı.

Tüm Dünyanın Tercihi; Altın Marka Beşler Makarna

Beşler Grup bünyesinde faaliyet gösteren Beşler Makarna da diğer grup firmaları gibi kısa sürede üretim ve ihracatıyla sektörünün öncülerinden biri haline geldi. Günlük 300 ton kapasitesiyle tüm Türkiye'ye gerçekleştirdiği satışın yanı sıra yaklaşık 80 ülkeye de ihracat yapan Beşler Makarna ülkemizde düşük olan makarna tüketimini arttırabilmek amacıyla uyguladığı projeler kapsamında Beşler A La Turca Macaroni Restaurant'ı faaliyete geçirdi. Birbirinden farklı makarna sosları ile pizza ve salataların sunulduğu restoranda 20 çeşit





makarna sosu yer alıyor. Sıcak soslu makarnanın ayak üstü pratik ve ekonomik şekilde yenebilmesini sağlayan "Bardac A La Turca" bardak makarna standlarının da Türkiye çapında franchising yöntemiyle yaygınlaştırılması hedefleniyor.

Beşler Makarna'nın son hamlesi ise katılım sağladığı "Ulusal Kalite Hareketi" çalışmaları kapsamında "Mükemmellikte Yetkinlik" belgesi ile ödüllendirilmesi oldu. Mükemmellik modelinin tam anlamıyla benimsenerek kurum kültürünün ayrılmaz parçası haline getirilmesi ve rekabet gücünün sürdürülebilir kılınması amacıyla Ulusal Kalite Hareketi'ne katılan Beşler Makarna, yaptığı iyileştirmeler sonucunda kalite yolculuğunun 2. yılında "Mükemmellikte Yetkinlik" belgesini almaya hak kazandı. Avrupa Kalite Yönetim Vakfı (EFQM) tarafından geliştirilen "Mükemmellik Aşamaları" programı kapsamında KalDer tarafından verilen belgeye Gaziantep'te ilk kez Beşler Makarna layık görüldü.

2008 ve 2009 yıllarında gerçekleştirdiği ihracatla ülkemizin kendi sektöründe en fazla ihracat yapan firması olmayı başaran Beşler Makarna, "Türkiye'nin 1000 Büyük Firması" ile "1000 Büyük İhracatçı Firma" listelerinde yer alıyor.

Ülfet, Beşler Grup'la Yeniden Doğdu

Türkiye gıda sektörü bir devin yeniden doğuşuna sahne oluyor. 1955 yılında kurulan ve Türkiye'nin en eski sıvıyağ markalarından biri olan Ülfet, gıda sektöründe uzmanlaşan Beşler Grup tarafından satın alındıktan sonra yepyeni ürünlerle tüketicilerin karşısına çıktı.

Beşler ve Ülfet markalarıyla; ayçiçek yağı, kanola yağı, zeytinyağı, mısır yağı, zeytin ve doğal sabun gibi ürünleriyle raflardaki yerini alan Beşler Gıda ve Kimya A.Ş.'nin hedefi, sağlıklı ve doğal ürünleriyle tüketicilerin ilk tercihi haline gelmek olarak belirlendi.

Gaziantep için olduğu kadar bölge ve ülke ekonomisi açısından da büyük önem taşıyan Ülfet tesisleri Beşler Şirketler Grubu'na dahil olduktan sonra hızla modernize edilerek yeniden katma değer üreten, istihdam sağlayan ve ihracat yapan bir yapıya kavuşturuldu.

Beşler Grup olarak, bölgede kurulan en eski sanayi tesislerinden biri olan, imal ettiği kaliteli ürünler sayesinde ismi sağlık ve güvenle özdeşleşen Ülfet tesislerini satın aldıktan sonra hızla yenileme ve kapasite arttırma çalışmalarına başladık. Tamamlamak üzere olduğumuz yatırımlar sonrasında, Beşler güvencesiyle ürettiğimiz halkımızın gönül rahatlığıyla tüketebileceği sağlıklı ürünleri piyasaya sunmanın mutluluğunu yaşıyoruz.

Şirket olarak yaptığımız yeni yatırımlar sayesinde Gaziantep'in özellikle Nizip bölgesinde ekimi giderek artan zeytinin hem sofralık zeytin, hem de zeytinyağı şeklinde değerlendirilmesini sağlayarak bu hayati ürüne katma değer ve bu sayede binlerce üreticinin aile bütçesine de kazanç sağlamayı amaçlıyoruz. Bölgemizde üretilen kaliteli zeytinlerden elde edeceğimiz zeytinyağı ve diğer ürün gruplarında hem Türkiye, hem de dünya pazarlarında başarı kazanacağımıza inanıyoruz.



Ülkemizde Isı Teknolojisinin İlklerinden Mimsan'a "Yılın KOBİ'si" Ödülü

Yazı: Veli Can Yolseven



Türkiye'deki termik santrallere ilk yerli ekipmanı kuran, baca gazlarını filtre ederek çevre kirliliğini önleyen Ar-Ge yatırımlarıyla öne çıkan Mimsan "Yılın KOBİ'si" seçildi.

Sanayinin çöpünden ve bitkisel atıklardan elektrik sağlayan kazanları imal eden Mimsan, yerli kömürlerin yakılmasını sağlayan ilk yerli kazanları da üretti. Başta kalorifer ve endüstriyel kazanlar olmak üzere ısı teknolojisi alanında Türkiye'nin dev firmalarından Mimsan Grup, başarıdan başarıya koşuyor. Yerli kömürleri yakarak elektrik üretimi sağlayan ilk yerli endüstriyel kazanları üreten ve ülkemizde yapılan 27 termik santral içinde sadece birinde yerli teknoloji kullanarak, termik santral kuran Mimsan Grup, şimdi de İstanbul Ticaret Odası'nın bu yıl 5'incisini düzenlediği "Başarılı KOBİ Yarışması"nda (49 ili kapsayan 3. ve 4. Bölgenin) "En İyi KOBİ'si" seçildi.

İstihdam Artışı ve Elektrostatik Filtre Üretimi

Mimsan'ın kriz döneminde, birçok firmanın aksine istihdam kadrosunu artırması ve başta elektrostatik baca olmak üzere enerji alanında yaptığı ileri teknolojiye yönelik Ar-Ge yatırımları, bu ödülü almasında etkili oldu.

Mimsan Grup Genel Müdürü Ahmet İlhan, firmanın aldığı ödüle ilişkin yaptığı açıklamada, firmanın çalışmalarına değinerek, "Ülkemizin düşük kalorili kömürlerini, hatta neredeyse taşlarını yakabilen kazanlar üretiyoruz. Nitekim yerli kömürlerin ekonomiye kazandırılması için çalışıyoruz. Baca gazı kalitesinin iyileştirilmesi için ürettiğimiz elektrostatik filtreler ülkemiz için bir ilk olma özelliğini taşımaktadır. Mimsan, enerji teknolojilerinde dışa bağımlılığımızın ve cari açığımızın azaltılması için çok önemli çalışmalar yapıyor. Kyoto Protokolü ile ülke olarak girdiğimiz taahhütlerin gerektirdiği modern baca gazı arıtma sistemlerinin orta kapasite kazan dairelerinde kullanılması için sistemler kurmakta ve teknoloji üretmekteyiz. Geliştirdiğimiz teknoloji sanayicimizin buhar enerji ve çevre maliyetlerini % 50'ye varacak şekilde düşürüyorken yapılan yatırım birkaç ay içinde kendini amorti ediyor." dedi









İlhan ayrıca, Cahit Sıtkı Tarancı'nın "Memleket İsterim" şiirine atıfta bulunarak, Mimsan olarak, "Memleket isterim, Gök mavi, dal yeşil, enerji ucuz olsun" sloganı ile hareket ettiklerini kaydetti.



Yurtdışı Faaliyetleri Hızlandı

Bu yıl 28. kuruluş yılını kutlayan Mimsan Grup;
- Endüstriyel kazanlar sektörünün en büyük ilk üç firması arasında yer alıyor.
- Firma, 2008 yılında 150 olan çalışan sayısını bu yıl 100 kişi artırarak 250'ye çıkardı.
- Üretiminin % 15'ini yurtdışına satan firma, yurtdışı çalışmalarını hızlandırdı.
- Mimsan başta Almanya olmak üzere Avrupa'da birçok firmaya fason imalat yapmaktadır.
- İran ve Suriye başta olmak üzere Ortadoğu ve Orta Asya ülkelerinde de bayilikleri bulunan firma, Azerbaycan'da çöp yakıtı alanında büyük bir yatırımın çözüm ortaklığını üstendi.

Tükiye'de İlklere İmza Atan Mimsan'ın Başarılı Yol Haritası

- 1983 yılında Malatya'da mühendislik bürosu olarak işe başlayan firma, 1986 yılında 150 metrekarelik bir atölyede kalorifer kazanları imalatına başladı. Firma başta Malatya olmak üzere bulunduğu bölgeye mal sattı.
- Firma, 1992 yılından itibaren ise ürün portföyüne buhar kazanlarını da ekledi.
- 1994 yılında, bin 500 metrekarelik bir alanda fabrikasyon üretimine geçen Mimsan, 2000 yılından itibaren yurtdışına da açıldı.
- Mimsan, bugün Malatya 2. Organize Sanayi Bölgesi'nde 12 bin metrekarelik bir kapalı alanda 250 çalışanı ile hizmet veriyor. Uluslararası enerji yatırımcılarının çözüm ortağı olan Mimsan'ın ürünleri 37 ülkede kullanımda.

Yerli Kömürleri Yakan İlk Kazan

Firma ayrıca 2000 yılından itibaren ürün portföyüne endüstriyel kazanları da ekledi. Böylece basit kalorifer kazanların yanında endüstriyel kazanları da üreten Mimsan, yerli kömürlerin yakılmasını sağlayan kazanları da ülkemize kazandırdı.

Bitkisel Atıklardan Elektrik Üretildi

Mimsan, 2006 yılında, atıkların ekonomiye kazandırılması çalışmalarına başladı. Bitkisel atıkların (pamuk şifti, ağaç kabuğu, ayçiçeği kabuğu, çeltik, çay çöpü, zirai atıklar vb.) yakılarak elektrik elde edilmesini sağlayan kazanları üreten firma, ülkemizde bu alanda da bir ilki gerçekleştirmiş oldu.

Mimsan, 2008 yılından itibaren termik santral kazan ekipmanları üretimine başladı. Türkiye'de ilk kez bir yerli firma ve yerli mühendisler olarak bir termik santralinin kurulumunu gerçekleştirmektedir

1 Milyon TL'lik Ar-Ge Yatırımı

2010 yılında ise Ar-Ge çalışmaları için yaklaşık 1 milyon TL yatırım yapan firma, elektrostatik baca filtresini de ürün portföyüne ekledi. Böylece, endüstri kazanlarının baca gazlarının emisyonlarının filtre edilerek çevre kirliliğinin önlenmesi sağlanmış oldu.